

Psykisk helsearbeid i skolen

Hva er god psykisk helse hos barn og unge, og hvilken rolle har PPT i det psykiske helsearbeidet i skolen?

Ragnhild Spjelkavik



Masteroppgave i pedagogikk

Pedagogisk forskningsinstitutt

Det Utdanningsvitenskapelige Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2008

SAMMENDRAG AV MASTEROPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL:

Psykisk helsearbeid i skolen

”Hva er god psykisk helse hos barn og unge, og hvilken rolle har PPT i det psykiske helsearbeidet i skolen?”

AV:

Ragnhild SPJELKAVIK

EKSAMEN:

Master i pedagogikk

Studieretning: Pedagogisk-psykologisk rådgivning

SEMESTER:

Våren 2008

STIKKORD:

- **Psykisk helse**
- **Psykisk helsearbeid i skolen**
- **Pedagogisk-psykologisk tjeneste**

Problemområde

Den foreliggende teksten tar for seg tema psykisk helsearbeid i skolen. Oppgavens problemstilling er *"Hva er god psykisk helse for barn og unge, og hvilken rolle har PPT i det psykiske helsearbeidet i skolen?"*

Jeg ønsker å rette fokus på skolens betydning for utviklingen av en god psykisk helse for barn og unge. Mellom 15-20 % av barn og unge i Norge har psykiske vansker som påvirker deres funksjonsnivå. Jeg mener dette understreker viktigheten av psykisk helsearbeid i skolen.

Første del av oppgaven tar for seg temaet psykisk helse og psykisk helsearbeid. Her definerer jeg hva en god psykisk helse er, og belyser hvilke faktorer som påvirker den psykiske helsen. Det gis også en teoretisk innføring i forebyggende og helsefremmende tilnærming til arbeidet med psykiske helse.

Andre del av oppgaven retter oppmerksomhet mot pedagogisk-psykologisk tjenestes (PPT) rolle i det psykiske helsearbeidet i skolen. PPT har et medansvar i å hjelpe ansatte som jobber med barn og unge med psykiske vansker. Tjenesten skal bistå skolene i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Dette krever arbeid på både individ- og systemnivå. Forskning har vist at PPT prioriterer arbeid på individnivå. Dette får konsekvenser for arbeidet med psykisk helse i skolen. For at PPT skal kunne fungere bedre i sitt arbeid med psykisk helse i skolen mener mange at en ny organisering av tjenesten kan være nødvendig. Det vil i oppgaven bli presentert tre alternative organiseringsmodeller.

For å belyse oppgavens tematikk har jeg i denne delen av oppgaven foretatt en kartlegging som har som formål å få et innblikk i hvordan rådgiverne i PPT selv opplever deres psykiske helsearbeid i skolen.

Jeg håper oppgaven kan bidra til en økt forståelse av hva god psykisk helse er for barn og unge, slik at vi som fagpersoner i skolen kan legge til rette for en slik utvikling. I tillegg håper jeg at oppgaven kan belyse hvordan det psykiske helsearbeidet ivaretas av PPT, og hvilke forbedringsmuligheter som finnes.

Metode

Problemstillingen er todelt. Førstedel tar for seg problemstillingen: *"Hva er god psykisk helse for barn og unge?"*. Dette er en teoretisk fremstilling av hva en god psykisk helse for barn og unge innebærer. Problemstillingen belyses ved å presentere og drøfte relevant faglitteratur, teori og forskning. Psykisk helse plasseres innenfor et salutogent perspektiv, som tar utgangspunkt i Antonovskys teori (2000).

For å belyse problemstillingen i oppgavens andre del: *"Hvilken rolle har PPT i det psykiske helsearbeidet i skolen?"* har jeg foretatt en kartlegging som har som formål å få et innblikk i hvordan PP-rådgivere selv opplever det psykiske helsearbeidet i skolen. Dette er en kvalitativ undersøkelse som belyser rådgivernes opplevelse av det psykiske helsearbeidet, det systemrettede arbeidet og deres holdninger til organisasjonsmessige alternativer som kan tenkes å styrke det psykiske helsearbeidet.

Resultater og hovedkonklusjoner

PP-rådgiverne gir uttrykk for at de opplever å ha tilstrekkelig kompetanse i psykisk helsearbeid. Resultatene fra undersøkelsen viser imidlertid at enkelte rådgivere ikke opplever å ivareta det ansvaret de har i det psykiske helsearbeidet i skolen. Rådgiverne peker selv på tidsfaktoren som årsak til dette.

Faktorer som gjør at systemrettet arbeid ikke prioriteres av rådgiverne tyder på å være tidspress og arbeidsmengde. Dette er i samsvar med tidligere forskning.

Det fremkommer av resultatene at PPT mangler rutiner for systemrettet arbeid og en klar strategi i det psykiske helsearbeidet savnes. Det tyder i tillegg på at systemrettede arbeidsoppgaver mangler en praktisk operasjonalisering.

Gjennom undersøkelsen har det kommet frem at rådgiverne forbinder fordeler med flere av modellene som ble presentert som alternative organiseringsformer av PPT, og de ønsker også flere av modellene gjennomført. Dette kan tyde på at rådgiverne i PPT er positive til en alternativ måte å organisere arbeidet i tjenesten på.

For å kunne forbedre PPTs innsats i arbeidet med psykiske helse kreves det en bedre balanse mellom individrettet og systemrettet arbeid. Jeg har kommet frem til at for å kunne prioritere forebyggende og helsefremmende arbeid, vil en alternativ organisering av PPT være hensiktsmessig.

Forord

Ideen til oppgaven fikk jeg gjennom egen erfaring fra praksis og jobb i PPT. Å skrive denne masteroppgaven har vært en svært lærerik arbeidsprosess. Det er flere som fortjener en takk for den støtten og oppmuntring jeg har fått underveis:

En stor takk til min veileder Stein Erik Ulvund for å ha loset meg gjennom prosessen. Du har vært til stor hjelp med klare tilbakemeldinger og gitt meg motivasjon til å stå på. Dine til tider knappe tidsfrister setter jeg pris på, da dette medførte at jeg kom i mål til fristen.

Tusen takk til pappa for at du tok deg tid gjennomlesninger og gode innspill i en travel hverdag. Takk til min søster Kaja for hjelp med kildene da "endnote" programmet ikke fungerte. Takk til Jonnis for at du ryddet skrivebordet når jeg var på besøk. Takk til Angelika for hjelp med korrekturlesning. Og mamma, jeg vet du ville vært stolt av meg nå.

Sist men ikke minst takk til min gode venn og nabo på lesesalen, Kjersti. Tiden på Helga Eng hadde ikke vært den samme uten deg.

Oslo, Mai 2008

Ragnhild Spjelkavik

Innhold

1.	INNLEDNING	10
2.	HVA ER GOD PSYKISK HELSE?	14
2.1	PSYKISKE VANSKER OG LIDELSER	15
2.1.1	<i>Utbredelse av psykiske vansker og lidelser.....</i>	<i>16</i>
2.1.2	<i>Typer psykiske vansker og lidelser.....</i>	<i>17</i>
2.1.3	<i>Emosjonelle vansker</i>	<i>18</i>
2.1.4	<i>Utagerende vansker</i>	<i>20</i>
2.2	DEFINERING AV BEGREPET GOD PSYKISK HELSE.....	22
2.2.1	<i>Et salutogent perspektiv.....</i>	<i>23</i>
3.	PSYKISK HELSEFREMMEDEARBEID	25
3.1	FOREBYGGENDE HELSEARBEID OG RISIKOFAKTORER	25
3.2	HELSEFREMMEDE ARBEID.....	27
3.3	SYKDOMSFØREBYGGING OG HELSEFREMMEDE ARBEID SOM KOMPLEMENTÆRE TILNÆRMINGER	29
3.4	RESILIENS OG MESTRING	30
3.5	PSYKISK HELSEFREMMEDE ARBEID I SKOLEN	32
3.6	OPPSUMMERING	35
4.	PPTS ROLLE I PSYKISK HELSEARBEID I SKOLEN	37
4.1.1	<i>Hva er PPT?</i>	<i>37</i>
4.1.2	<i>PPTs oppgaver i psykisk helsearbeid i skolen</i>	<i>38</i>
4.2	UTFORDRINGER FOR PPT I PSYKISK HELSEARBEID	38
4.2.1	<i>Diskusjon omkring systemarbeid.....</i>	<i>39</i>
4.2.2	<i>Hindringer for systemarbeid.....</i>	<i>42</i>

4.2.3	<i>Diskusjon omkring PPTs organisering</i>	43
4.3	HENSIKTSMESSIG ORGANISERING AV PPT I FORHOLD TIL PSYKISK HELSEARBEID	44
4.3.1	<i>Intensive arbeidsperioder</i>	44
4.3.2	<i>PPT tilknyttet skolehelsetjenesten</i>	45
4.3.3	<i>Familiesenter og andre samordningsmodeller</i>	45
4.4	OPPSUMMERING	48
5.	METODISKE BETRAKTNINGER	50
5.1	METODEVALG	50
5.2	UTVALG OG UTARBEIDING AV SPØRRESKJEMA	51
5.3	BEGRENSNINGER	52
5.4	DATAKVALITET	52
6.	DATAPRESENTASJON	55
6.1	MULIGHETER OG BEGRENSINGER FOR SYSTEMRETTET ARBEID I SKOLEN.....	55
6.1.1	<i>Systemrettede arbeidsoppgaver</i>	56
6.1.2	<i>Hindringer for systemrettet arbeid</i>	57
6.2	PP-RÅDGIVERNES OPPLEVELSE AV EGET ARBEID MED DET PSYKISKE HELSEARBEIDET I SKOLEN.....	58
6.2.1	<i>Positive erfaringer i psykisk helsearbeid</i>	58
6.2.2	<i>Begrensninger for det psykiske helsearbeidet</i>	58
6.3	HOLDNINGER TIL EN ALTERNATIV ORGANISERING AV PPT.....	60
6.3.1	<i>Modell 1 - Intensive arbeidsperioder</i>	60
6.3.2	<i>Modell 2 - Samarbeid mellom psykologene i PPT og skolehelsetjenesten</i>	61
6.3.3	<i>Modell 3 – Familiesenter</i>	63
6.4	OPPSUMMERING	64
7.	ANALYSE OG DRØFTING	65

7.1.1	<i>Psykisk helsearbeid i skolen.....</i>	<i>65</i>
7.1.2	<i>Konklusjon</i>	<i>65</i>
7.1.3	<i>Forebygging – systemrettet arbeid</i>	<i>66</i>
7.1.4	<i>Konklusjon</i>	<i>67</i>
7.1.5	<i>Organisering av PPT.....</i>	<i>69</i>
7.1.6	<i>Konklusjon</i>	<i>70</i>
7.1.7	<i>PPTs rolle i psykisk helsearbeid i skolen.....</i>	<i>72</i>
8.	AVSLUTNING	73
8.1	OPPSUMMERING	73
8.1.1	<i>Del 1.....</i>	<i>73</i>
8.1.2	<i>Del 2.....</i>	<i>74</i>
8.2	KONKLUSJON	76
	KILDELISTE.....	77

1. Innledning

Ifølge ”Handlingsplan for psykisk helsearbeid i Oslo Kommune 2004-2008” (Helse- og omsorgsdepartementet 2004) har mellom 15-20 % av barn og unge i Norge psykiske vansker som påvirker deres funksjonsnivå. Ifølge den samme handlingsplanen vil mellom 4 - 7 % av barn mellom fire til ti år være behandlingstrengende. ”Barn i Bergen ” undersøkelsen (2008) har vist at totalt sett har dobbelt så mange gutter som jenter psykiske helseproblemer i småskolen. Dette gjelder særlig atferdsvansker og oppmerksomhetsvansker. Ifølge undersøkelsen er det angst som forekommer oftest blant barna i småskolen, og av de med denne psykiske vansken er det like mange gutter og jenter. En del av barna vil vokse av seg disse vanskene, men for noen øker vanskene med alderen, særlig følelsesmessige vansker hos jenter.

Psykisk helsearbeid i kommunen omfatter helsefremmende og forebyggende tiltak på systemnivå, opplysningsarbeid, motvirkning av diskriminering og stigmatisering, utredning, behandling og rehabilitering. Sosial- og helsedirektoratet har etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet utarbeidet en ”Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene” (2007)(heretter referert til som Veilederen 2007). Veilederen beskriver hvordan kommunene kan organisere tjenestene sine for å gi barn og unge og deres familier best mulig hjelp. Ifølge Veilederen er forebyggende arbeid spesielt viktig i psykisk helsearbeid med barn og unge. Veilederen avgrenser psykisk helsearbeid mot psykisk helsevern, som er psykisk helsetjeneste på spesialisttjenestenivå.

Det er for tiden en stor offentlig oppmerksomhet på psykisk helse i skolen. Dette ser vi gjennom for eksempel Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, nå utvidet til 2008, hvor 20 % av de økonomiske midlene er øremerket forebyggende tiltak for barn og unge. Bondevik-regjeringen la i 2003 fram en strategiplan for barn og unges psykiske helse (heretter referert til som Strategiplanen 2003) som fokuserer på skolens og nærmiljøets betydning for den psykiske helsen. Strategiplanen følges opp av et eget program for psykisk helse i skolen, som er et samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og fire organisasjoner innenfor psykisk helse. Programmet ”Psykisk helse i skolen” består av fem opplæringsprogram spesielt tilrettelagt for lærere og elever.

Målet med programmene, som nå er under implementering i fylkene, er å bidra til større åpenhet, aksept og økt kunnskap om psykisk helse og om hjelpeapparatet. Det er også igangsatt et kompetansehevingskurs i psykisk helse for lærere (Psykisk helse i skolen 2008, Regjeringen 2007).

Et slikt fokus på skolens viktighet for barn og unges psykiske helse innebærer at skolen må ha kunnskap om hvordan man utvikler god psykisk helse, hva som kan være risikofaktorer for psykiske vansker, hvordan man oppdager elever som sliter og hvordan man skal tilrettelegge for disse.

Skolen har eksterne hjelpetjenester som skal bistå i arbeidet med elever som har vansker, både av faglig og psykososial art. Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) er en av disse eksterne hjelpetjenestene. Ifølge "Handlingsplan for Psykisk helsearbeid i Oslo Kommune 2004-2008" har PPT et medansvar i å hjelpe ansatte som jobber med barn og unge med psykiske vansker, sammen med skolehelsetjenesten. PPT er derfor en viktig samarbeidspartner for skolen og lærerne i det psykiske helsearbeidet. Ifølge handlingsplanen er skolen som arena for psykisk helsearbeid ikke godt nok utviklet, og den legger vekt på at forebyggende arbeid er av stor betydning for å kunne initiere gode utviklingsprosesser og hindre utvikling av mer manifesterte psykiske lidelser.

Ifølge Veilederen (2007) er det psykiske helsearbeidet for barn og unge kommunens ansvar. Det vil si at ansvaret ligger hos alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge. Det er et mål, ifølge Veilederen, at tjenesteapparatet på lokalt plan skal gjenspeile de nasjonale satsingsområdene for barn og unge. PPT sin rolle i det kommunale psykiske helsearbeidet er å bistå skoler og barnehager i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Tjenesten skal både ha et individrettet fokus og drive kompetanse- og organisasjonsutvikling.

Idsøe (2003) har sett nærmere på PPTs arbeidsformer. I hans undersøkelse kommer det frem at PPT stort sett prioriterer individorienterte oppgaver. Idsøe peker på forventninger fra skole og barnehager, og mengden individrettet arbeid som årsaker til denne prioriteringen. Ifølge Berg (2005) har verken skole eller PPT tilstrekkelige kompetanse til å kunne gi et godt og tilrettelagt undervisningstilbud til elever med psykiske vansker og lidelser. Hun hevder dessuten at lærerne får for lite kunnskap om barn og unges psykiske vansker og lidelser gjennom grunnutdanningen.

1.1 Problemstilling

Psykisk helsearbeid i skolen er et viktig tema. Det er godt dokumentert (Barn i Bergen 2008, Mathiesen et. al 2007, Folkehelseinstituttet 2006) at en stor andel av elevene i skolen sliter med psykiske vansker i så stor grad at det går ut over deres normalfungering.

Hovedproblemstillingen for oppgaven er: *Hva er god psykisk helse blant barn og unge, og hvilken rolle har PPT i det psykiske helsearbeidet i skolen?*

Problemstillingen er todelt, hvor første del vil belyse temaet psykisk helse teoretisk. Her vil jeg gjøre rede for aktuell forskning omkring temaet, og definere begrepene innenfor psykisk helse. Psykisk helse vil bli plassert innenfor et salutogent perspektiv, som tar utgangspunkt i Antonovskys (2000) salutogene helsemodell. Psykisk helsefremmende arbeid med prinsipp om empowerment betraktes som særlig relevant for dette perspektivet på psykisk helse.

Problemstillingens andre del retter oppmerksomheten mot PPTs praktiske innsats i psykisk helsearbeid i skolen.

For å belyse denne delen av problemstillingen har jeg gjennomført en kvalitativ undersøkelse. Hensikten er å få et innblikk i hvordan PP- rådgivere opplever sitt arbeid og derigjennom vurdere PPTs rolle i det psykiske helsearbeidet i skolen. Jeg skal gjennom dette analysere hvordan PPT fungerer i det psykiske helsearbeidet blant barn og unge, og målet er også å identifisere forbedringsmuligheter. I denne sammenhengen skal undersøkelsen generere en forståelse av om PP- rådgivere selv opplever at de har mulighet til å ivareta det ansvaret de har i det psykiske helsearbeidet i skolen. Forhold som organisering, arbeidsmetoder og kompetanse antas i denne sammenhengen å påvirke PP- rådgivernes mulighetssituasjon.

Jeg har formulert følgende spørsmål som skal belyse denne delen av problemstillingen:

- Hva er PP- rådgiveres vurdering av egen kompetanse innenfor systemrettet arbeid og psykisk helsearbeid i skolen?
- Hvilke utfordringer opplever PP- rådgivere i systemrettet arbeid og psykisk helsearbeid?

- Hvilken motivasjon og incentiver har PP- rådgivere for å igangsette systemtiltak på skolen?
- Hvilke tanker har PP- rådgivere om organiseringen til PPT?

1.2 Oppgavens struktur

Kapitel 2 har til hensikt å gjøre rede for hva en god psykisk helse er, og hvilke faktorer som påvirker den psykiske helsen.

Kapitel 3 vil være en teoretisk innføring i forebyggende og helsefremmende tilnærminger til arbeidet med psykisk helse.

Kapittel 4 vil ta for seg PPTs rolle i psykisk helsearbeid.

Kapitel 5 presenterer de metodiske valg som ligger til grunn for oppgavens kvalitative undersøkelse.

I kapitel 6 vil resultatene som ligger til grunn for den videre drøftingen bli presentert.

I Kapitel 7 blir resultatene og deres konsekvenser drøftet.

I kapitel 8 vil jeg avslutte ved å sammenfatte og trekke hovedkonklusjoner.

2. Hva er god psykisk helse?

Allerede i år 400 f. Kr uttrykte Hippokrates at menneskets velvære er et resultat av harmoni mellom kroppslige forhold, omgivelser og livsstil (Tveiten 2007). Dette er en generell ide om helsebegrepet. Selv om denne ideen er svært gammel, ser den ut til å samsvare med vår tids holistiske syn på helse. I tiden mellom det 17. århundre, etter den kartesianske revolusjon, frem til det 20. århundret vokste det frem et skille mellom kropp og sjel. Dette medførte en oppfattning av helse som en tilstand fri for sykdom (Tveiten 2007). Spor av denne oppfattelsen finner vi i *Oxford English Dictionary*(2006:320) som definerer helse som: *a state of being free from illness or injury*.

I 1947 foreslo WHO en definisjon av helse som *en tilstand av komplett fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom og lyte* (Tveiten 2007). Selv om definisjonen virker uoppnåelig for de fleste, viser definisjonen at et nytt perspektiv på helse begynner å vokse frem. Det som er nytt er et holistisk syn, der helse sees på som noe mer enn det motsatte av sykdom. Tveiten (2007) hevder at helse er nært knyttet til livskvalitet. Dette betyr at den subjektive opplevelsen og erfaringer i eget liv blir viktig. Dette er et sentralt poeng, som jeg skal komme tilbake til senere i oppgaven.

Psykisk helse er et begrep som ligger implisitt i det helhetlige helsebegrepet.

Bokmålsordboka (Wangensteen 2005) definerer helse som en *fysisk og psykisk sunnhetstilstand*. Jeg ønsker likevel å definere begrepet mer spesifikt, da meningsinnholdet i begrepet gir føringer for praktisk yrkesutførelse i psykisk helsearbeid.

Begrepet psykisk helse har vist seg vanskelig å definere. I Veilederen (2007) defineres psykisk helse som: *”evne til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter”* (2007:8). Den psykiske helsen er viktig for å kunne mestre livets ulike utfordringer på en god måte. Den er avhengig av at utviklingen intellektuelt, emosjonelt, fysisk og sosialt går som den skal. Veilederens definisjon er noe vid og upresis, definisjonen virker altomfattende og målsettingen blir diffus.

For å si noe om hva en god psykisk helse er, må vi avgrense det mot symptomer på psykiske vansker og lidelser. Kunnskap om symptomer på en negativ utvikling av psykisk helse er nødvendig for å kunne identifisere tidlige tegn på en uheldig utvikling og for å kunne sette i

gang forebyggende tiltak. En slik kunnskap er også viktig for å kunne se psykisk helse i en større sammenheng.

Jeg skal i det følgende presentere de mest vanlige former og definisjoner for psykiske vansker og lidelser.

2.1 Psykiske vansker og lidelser

Norsk psykologforening (2007) har i en høringsuttalelse vedrørende regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse anmerket at planen i liten grad nyanserer begrepet psykiske lidelser. De påpeker at en begrepsavklaring er nødvendig når vi snakker om psykiske lidelser fordi ulikhetene i begrepene representerer ulike behov og tiltak:

- Psykiske vansker påvirker i ulik grad daglig mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker. Vanskene refererer til symptombelastning, og er ofte forstadier til fullt utviklede psykiske lidelser (Veilederen 2007).
- Når en psykisk vanske er blitt så omfattende at det medbringer funksjonsnedsettelse, snakker vi om psykisk lidelse. Psykiske lidelser er psykiske vansker av en grad eller type som kvalifiserer til en diagnose (Veilederen 2007).

For å kunne avgjøre om de psykiske vanskene har blitt til psykiske lidelser har man tatt i bruk såkalte psykiatriske diagnosesystemer. Det diagnosesystemet som brukes i Norge er ICD-10 (International Classification of Diseases and related Health Problems 10th version) og er utarbeidet av verdens helseorganisasjon (Berg 2005). DSM (Diagnostic and Statistical Manual) er utarbeidet av den amerikanske psykiaterorganisasjonen American Psychiatric Association (APA) og er det klassifikasjonssystemet som anvendes i USA, Canada og Australia. Det har vært store ulikheter mellom disse to diagnosemanualene, men i den siste utgaven ICD-10 og DSM-IV har det skjedd en tilnærming mellom dem med hensyn til diagnoser, diagnosekategorier og diagnostiske kriterier. DSM var primært utarbeidet for forskningsformål og preges av veldefinerte, operasjonelle, diagnostiske kriterier. ICD-10 har tatt opp dette i en forskningsutgave som inneholder strikte diagnostiske kriterier, mens utgaven for klinisk anvendelse er hovedsakelig basert på kliniske beskrivelser (Hove Thomsen & Skovgaard 2007).

2.1.1 Utbredelse av psykiske vansker og lidelser

Ifølge Mathiesen et. al (2007) er utbredelsen av psykiske vansker og lidelser i Norge omtrent på linje med andre vestlige land. "Barn i Bergen" (2008) er en undersøkelse av psykisk helse og utvikling der tre årskull følges regelmessig frem til voksen alder. Undersøkelsen har beregnet varighet til 2023. Funn fra denne undersøkelsen indikerer at det er færre barn med psykiske vansker i Norge enn i andre land. Det påpekes at dette delvis kan komme av at norske foresatte og lærere er mindre tilbøyelige til å beskrive slike problem. Dette kan forstås positivt, for eksempel at norske foreldre og lærere i større grad tolererer forskjeller mellom barn. Hvis det derimot innebærer at tidlige tegn på psykiske vansker blant barn ikke fanges opp, er dette imidlertid problematisk.

I en rapport fra Folkehelseinstituttet (2006) hevdes det at hvis vi legger sammen psykiske vansker og lidelser hos barn og unge i Norge, får vi en prevalens på 15-20 %. Ifølge "Barn i Bergen" undersøkelsen (2008) har 6,5 % av barn i alderen 7-9 år behov for spesialisert hjelp. Når det gjelder de aller yngste barna, har man lite sikker kunnskap (Folkehelseinstituttet 2006). Ifølge Braarud (2007) er forekomsten av mentale problemer hos sped- og småbarn som hos eldre barn, men hun påpeker at mentale problemer hos småbarn sjeldnere identifiseres. En årsak til dette kan være at symptomer på mentale problemer kan være mindre spesifikke hos små barn. Det som senere viser seg å være psykiske vansker blir først betraktet som somatiske eller utviklingsrelaterte problemer.

Kjønnsfordelingen er lik når det gjelder forekomsten av angst, depresjon og psykosomatiske lidelser før puberteten (Folkehelseinstituttet 2006). "Barn i Bergen" undersøkelsen (2008) viser, som nevnt innledningsvis, at det er flere gutter enn jenter som har psykiske helseproblemer i småskolen, spesielt gjelder det atferdsavvik og oppmerksomhetsvansker. Dette tyder på at før puberteten er gutter mest risikoutsatte, mens jenter er mest risikoutsatte under puberteten og i tenårene. For jenter er psykiske vansker som angst, depresjon og spiseforstyrrelser mest utbredt (Mathiesen et. al 2007).

Mathiesen et. al (2007) finner at en betydelig andel av barna som hadde psykiske vansker da de var halvannet år, fortsatt hadde dem da de var to og et halvt år. Dette kan tyde på at problematferd hos halvannet år gamle barn kan forstås som forstadier til mer langvarige psykiske vansker. Problematferd i lav alder kan imidlertid også være et uttrykk for forbigående biologisk umodenhet og situasjonsbestemte samspillsvanser. Når Mathiesen et.

al (2007) utvidet analysen fra 1,5 til 4,5 år fant de at problematferden kunne deles inn i symptomer på utagerende og emosjonelle vansker. Når det gjelder stabilitet viste det seg at hvert fjerde barn med omfattende vansker ved 1,5 år fortsatt hadde dette ved 4,5 år. Dette styrker antakelsen om at symptomer på psykiske vansker i mange tilfeller vedvarer, og trolig representerer forstadier til langvarige vansker. Vansker av mild og moderat grad vokser de fleste barna av seg, mens de alvorlige vanskene kan være av mer varig art. Andre undersøkelser (Richman et. al 1982, Campbell 1995) som har fulgt barn over lengre perioder viser også dette. Halvparten av barna som hadde omfattende vansker ved fire års alder, hadde omfattende vansker også ved ti års alder (Richman et. al 1982). Dette tyder på at alvorlige vansker har høy stabilitet.

2.1.2 Typer psykiske vansker og lidelser

Ifølge Mathiesen et. al (2007) kan psykiske vansker deles inn i to hovedtyper: emosjonelle og utagerende vansker. Disse to hovedtypene er gjerne overlappende gjennom hele barndommen.

Emosjonelle vansker refererer til symptomer eller kjennetegn på angst, depresjon og spiseforstyrrelser. Slike symptomer er opplevelse av tristhet, bekymring, engstelse og uro. Symptomer på angst og depresjon er mest utbredt i barne- og ungdomsårene (Mathiesen et. al 2007). Studier har vist at mellom 10 og 16 % av barn og unge mellom halvannet og 16 år har så mye symptomer på angst, depresjon eller spiseforstyrrelse at det går ut over forholdet de har til venner, foreldre og skole (Costello et. al 2003).

Den andre hovedgruppen av psykiske vansker, ifølge Mathiesen et. al (2007), er *utagerende vansker*. Til denne gruppen tilhører blant annet atferdsforstyrrelse og hyperkinetisk forstyrrelse. Det refereres til problemer med selvregulering, konsentrasjonsvansker, aggresjon og ulydighet. Ifølge Folkehelseinstituttet (2006) har cirka 10 % av skoleelever utagerende vansker i så stor grad at det vekker bekymring.

2.1.3 Emosjonelle vansker

Angst

Ifølge Klein & Pine (2002) er det vanskelig å skille mellom normal og patologisk barneangst. Dette er fordi en del angstredsler ikke bare er vanlig, men også har en adaptiv funksjon. Den har en tilpasningsrolle i menneskelig utvikling, som signaliserer at selvbeskyttelse er viktig for sikkerheten. Ifølge Klein & Pine (2002) er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen hos barn og ungdom. Klein & Pine hevder at angstlidelser hos barn viser betydelig stabilitet. De fleste barn med angstlidelser har riktignok ikke angst i voksen alder, men barn med angstlidelser har økt risiko for senere depressive lidelser. Klein & Pine (2002) identifiserer ulike typer angstlidelser:

- *Fobi* er en betydelig overdreven og konstant frykt for spesifikke objekter eller situasjoner. Fobien forhindrer personens fungering ved å forårsake signifikant stress, eller påvirker normale aktiviteter gjennom unngåelsesatferd. Forbi tiltrer oftest i tidlig barndom.
- *Separasjonsangst* starter vanligvis i sen barndom, og må ha inntrådt før 18år. Dette er en irrasjonell angst for atskillelse fra hjem eller omsorgsgiver som går utover personens fungering eller aldersadekvat atferd. Hos yngre barn kan skolefobi være sekundærvanske til separasjonsangst.
- *Sosial angst* er angst i sosiale situasjoner på grunn av angst for latterliggjøring, ydmykelse eller forlegenhet. Angsten må oppleves sammen med jevnaldrene i tillegg til voksne og kan ikke være forårsaket av manglende evne til sosialisering. Sosial angst spesifiseres i generalisert sosial angst og ikke-generalisert sosial angst.
- *Generalisert angstlidelse* gjelder bekymring over en rekke livsomstendigheter, som skole, fremtiden etc. til det punktet at det forstyrrer personens fungering. Denne angstlidelsen er oftere komorbid (sammenfallende) med annen psykopatologi.
- *Panikkangst* er intens frykt for forestående ulykke eller fare, sammen med fysiologiske symptomer. Det er uenighet om panikkangst finnes blant barn. Det er den plutselige og uprovoserte panikkfølelsen som karakteriserer panikkangst, som synes å mangle hos barn.

Årsaken til angstlidelse hos barn er ikke stadfestet. Studier av hjernenettverk involvert i medfødt frykt har vist at abnormiteter i amygdala kan være relatert til angst. Tidlig hemmet (inhibert) temperament er svakt relatert til angst, da spesielt til sosial angst, og man har funnet en beskjedent genetisk komponent (Klein & Pine 2002).

Depresjon

Ifølge Harrington (2002) og ICD-10 (1999) hører depresjon inn under affektive lidelser og er en episodisk lidelse med varierende alvorlighetsgrad, karakterisert av lavt stemningsleie eller tap av glede, som varer i mange uker. I tillegg må individet oppleve andre symptomer som depressiv tenkning og biologiske symptomer (som for eksempel vekttap, mangel på matlyst etc.). Depressiv lidelse har underkategorier delt inn i mild, moderat og alvorlig. Alvorlighet defineres ut fra antall symptomer og funksjonalitet. De fleste barn som henvises for behandling av depresjon oppfyller kriteriene for minst en annen psykisk lidelse. Mest vanlig er komorbiditet med alvorlig atferdsforstyrrelse (conduct disorder) og angstlidelse.

Harrington (2002) påpeker at man må være bevisst på dette fordi det ofte er lett å overse depresjon i møte med barn med atferdsproblemer. Et stort antall av tilfellene med en episode med markert depresjon får tilbakefall. Jo mer alvorlig symptomene er, jo mer tyder det på at depresjonen varer, eller at personen får tilbakefall. Etiologi hos unge deprimerte har man ennå ikke forstått, men foreløpig tyder funn på at årsaken er en kombinasjon av predisponerte faktorer, det vil si genetisk disposisjon eller tidligere erfaring, og stressfulle livshendelser (Harrington 2002).

Spiseforstyrrelser

Ifølge Berg (2005) er de tre vanligste formene for spiseforstyrrelse anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Hun hevder at alvorlige spiseforstyrrelser oftest rammer jenter og voksne kvinner. Det er også mange gutter og menn som sliter med dette, og trolig er de underdiagnostisert på grunn av oppfatningen om at dette er en "jentelidelse". "Barn i Bergen" undersøkelsen (2008) finner at barn ned i tiårsalderen viser tegn til spisevansker og lav selvfølelse, og særlig er det jenter som strever med dette. Undersøkelsen viser også at overvektige barn har økt risiko for psykiske vansker.

Ifølge Steinhausen (2002) er anoreksi (anorexia nervosa) kjennetegnet ved at personen har en overdreven frykt for å bli overvektig, og har et forvrengt kroppsbilde. Anoreksi er mest

vanlig hos ungdom, og er uvanlig før puberteten. Anoreksi har en viss komorbiditet med tvangslidelser. Cirka halvparten av pasientene blir bra igjen, cirka en tredel oppnår forbedring og en femtedel blir kronisk syke. Lidelsen har en dødsrate på 2.2 %.

Bulimi (bulimia nervosa) karakteriseres ved rask spising av store mengder mat, med påfølgende rensning enten ved oppkast, avførende eller vanndrivende medikamenter. Overtrening og streng faste er vanlig atferd ved bulimi (Berg 2005). Det er ikke så høy dødelighet ved bulimi som ved anoreksi, men begge lidelsene har høy komorbiditet med depresjon og angst (Steinhausen 2002).

Overspisingsslidelse (binge eating disorder) handler også om overspising, men uten etterfølgende renselse. På norsk kalles lidelsen tvangsspising og den vil som regel føre til overvekt. Foreløpig er lidelsen ikke inkludert i ICD-10. Lidelsen karakteriseres av kontrollsvikt både når det gjelder følelser og atferd. Ifølge Berg (2005) mener forskere at det er følelsesmessige behov som fortvilelse, frustrasjon etc. som styrer matinntaket.

2.1.4 Utagerende vansker

Atferdsforstyrrelser

Ogden (2002) er opptatt av at atferdsproblemer i skolen er sosialt definerte og dermed ikke eksisterer uavhengig av rådende sosiale og kulturelle normer. Problemene er vanligvis multideterminerte. Forhold som samvirker kan være individuelle, som gener, tenkning, følelser, helse og miljømessige faktorer knyttet til familie, skole, venner, men kulturelle og samfunnsmessige forhold kan også spille inn (Ogden 2002). Det er vanskelig å skille mellom hva som er alminnelig ungdomsatferd og hva som er mer avvikende atferd og dermed en mulig forløper for mer alvorlige atferdsproblemer (Mathiesen et. al 2007).

Ifølge Folkehelseinstituttet (2006) har cirka 5 % av skoleelevene diagnosen atferdsforstyrrelser. Slike forstyrrelser er omtrent tre ganger så utbredt blant gutter som blant jenter, og hyppigheten stiger med alderen. Ifølge rapport fra Folkehelseinstituttet (2006) har atferdsforstyrrelser vist en økende tendens i den vestlige verden gjennom de siste tiårene. Det finnes flere ulike former for atferdsforstyrrelser (Berg 2005), her skal jeg gå inn på noen av dem:

-
- Alvorlig atferdsforstyrrelse (conduct disorder) er en sammenstilling av antisosial og aggressiv atferd. De barna som har en avvikende atferd som de også utøver isolert fra andre individer, har økt risiko for vedvarende forstyrrelse. Atferdsforstyrrelser oppstår ofte i sosiale- og familiekontekster preget av konflikt og motgang (Earls & Mezzacappa 2002).
 - Opposisjonell atferdsforstyrrelse (oppositional disorder) omtales noen steder som trasslidelse, kjennetegnet av markert trass, ulydighet og provoserende atferd (Berg 2005). Forstyrrelsen deler de negative og konfliktpregete karaktertrekkene som alvorlig atferdsforstyrrelse, men i en mer begrenset form (Earls & Mezzacappa 2002). Ifølge Berg (2005) er denne forstyrrelsen mest vanlig hos yngre barn.
 - Blandete atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser kjennetegnes ved en kombinasjon av vedvarende aggressiv, dyssosial eller truende atferd med tydelige symptomer på depresjon eller andre følelsesmessige forstyrrelser (Berg 2005, ICD-10 1999).

Ifølge Moffit (1993) vil majoriteten av ungdom som begår antisosiale handlinger avstå fra dette ved overgang til voksenalder. Hun skiller mellom to grupper. ”Senstarterne”, noen ganger kalt ”de eksperimenterende”, har sjelden hatt psykiske vansker som små barn og fortsetter sjelden med den antisosiale atferden i voksen alder. Den andre gruppen, ”tidligstarterne”, er en mindre gruppe på ca. 5 %. Disse begynner ofte med regelbrudd og utagerende atferd som barn, og fortsetter med dette i ungdomsårene. ”Tidligstarterne” har ifølge Moffit størst risiko for å fortsette med normbrytende atferd i voksen alder. Senere forskning har ifølge Mathiesen et. al (2007) vist at dette bildet er mer komplekst, blant annet har flere av ”senstarterne” vist seg å ha vedvarende problemer som voksne.

Hyperkinetisk forstyrrelse

Hyperkinetisk forstyrrelse, mer kjent som Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) fra det amerikanske diagnosesystemet, karakteriseres av motorisk overaktivitet, oppmerksomhetssvikt og impulsivitet. Det er stor variasjon hvordan symptomene kommer til uttrykk, og symptombildet endrer seg gjerne med utviklingen. Barn med hyperkinetisk forstyrrelse er ifølge Schachar & Tannock (2002) fem ganger mer utsatt for rusmisbruk, antisosial atferd og andre psykiske lidelser som depresjon og angst. I tillegg opplever de ofte

sosiale og akademiske vansker. Forekomsten er høyere blant gutter enn jenter i skolealder, men lavere blant menn i voksen alder. Hos jenter er utbredelsen mer stabil uavhengig av alder (Schachar & Tannock 2002). ICD-10 vektlegger oppmerksomhetssvikt som hovedsymptom. En diagnose krever i ICD-10 seks symptomer på oppmerksomhetssvikt, tre på hyperaktiv og en på impulsivitet. Symptomene må forekomme på tvers av situasjoner (hjem, skole og klinikk). Man er ennå ikke sikker på årsaken til hyperkinetisk forstyrrelse. Det kan skyldes en rekke biologiske, psykologiske, sosiale og miljømessige faktorer. Ifølge Schachar & Tannock (2002) er det mye belegg for antakelsen om at abnormalitet i høyere kognitive prosesser i hjernen er skyld i lidelsen. Eksekutive funksjoner, selvregulering, nevrofysiologisk aktivitet ved stimulering (arousal) og motivasjon ligger i et særskilt nervesystem system som ligger i visse deler av hjernen (orbital prefrontal, anterior cingulate cortex, og assosierte subkortikale strukturer). Skader i dette systemet antas å være hovedårsaken til hyperkinetisk forstyrrelse. Studier har gitt sterk støtte for en genetisk komponent (Schachar & Tannock 2002). Ifølge Berg (2005) er forekomsten av hyperkinetisk forstyrrelse 21,3 % av det totale antall diagnoser stilt av barn- og ungdomspsykiatrien i år 2002.

2.2 Definerer av begrepet god psykisk helse

Antonovsky (2000) forstår begrepet helse som en sammenhengende linje mellom alvorlig syk og fullstendig frisk, og hvor man fokuserer på de faktorene som bringer en person så nær den friske polen som mulig. En patologisk orientering søker å forklare hvorfor mennesker blir syke. Patogenese kan oversettes med sykdomsutvikling. Det motsatte av patogenese er salutogenese (Antonovsky 2000). Salutogenese omhandler utvikling av helse og sunnhet, der ordet *salus* betyr helse og *genesis* betyr opprinnelse/tilblivelse.

Antonovsky (2000) utviklet en helsemodell med et salutogent perspektiv. En salutogen orientering fokuserer på kildene til sunnhet, og man søker å forklare hvorfor mennesker holder seg friske. Et svar kan være at de friske menneskene ikke i særlig stor utstrekning har vært utsatt for stressfaktorer. Ifølge Antonovsky er dette en uholdbar hypotese. Han argumenterer med at stressfaktorer finnes overalt. Til tross for dette er det noen som klarer seg godt, selv om de opplever høy stressbelastning. Når mennesker utsettes for en

stressfaktor, vil de på en eller annen måte håndtere denne. Det er effektiviteten av denne håndteringen som ifølge Antonovsky avgjør hvordan utfallet blir.

Antonovskys salutogene modell forutsetter at alle mennesker har generaliserte motstandsressurser som tas i bruk for å overvinne hverdagslivets spenninger og som skaper en opplevelse av indre sammenheng. Alle utvikler grader av disse generelle motstandsressursene. Vi bruker generelle motstandsressurser på den måten at det blir mulig å sette stressfaktorer vi møter inn i en meningsfull sammenheng. Det som er avgjørende for hvordan man greier seg, er nettopp opplevelsen av sammenheng i tilværelsen, ”*sense of coherence* (SOC)”¹. SOC er satt sammen av tre grunnleggende komponenter: den enkeltes opplevelse av tilværelsen som forståelig, håndterbar og meningsfylt. Forståelighet betyr at stimuli fra indre og ytre miljø oppleves strukturerte, forutsigbare og forståelige, og hvor uventede stimuli kan plasseres inn i en sammenheng og forklares. Håndterbarhet dreier seg om å ha tro på at man kan finne frem til løsninger på de krav stimuliene stiller, og at man opplever å ha tilstrekkelige ressurser til rådighet til å klare å håndtere kravene. Meningsfullhet er motivasjonselementet, og betyr at kravene oppleves som utfordringer det er verdt å engasjere seg i. Man finner mening i å forsøke på dette og gjør sitt beste for å komme seg gjennom en utfordring (Antonovsky 2000).

2.2.1 Et salutogent perspektiv

En definisjon som beskriver god psykisk helse konkret vil gjøre det lettere å sette mer spesifiserte mål i et praktisk arbeid med psykisk helse.

Jeg legger i denne oppgaven et salutogent perspektiv til grunn. Jeg forstår derfor ”god psykisk helse” som noe mer enn fravær av sykdom. Jeg vil likevel argumentere for at vi er nødt til å ha kunnskap om avvik for å kunne si noe om hva som er normalt.

I definisjonen av god psykisk helse i min oppgave bygger jeg på Antonovskys perspektiv på viktigheten av opplevelse av sammenheng i tilværelsen (SOC).

Jeg definerer ”god psykisk helse” som *en tilstand med fravær av negative symptomer, og opplevelse av indre sammenheng*. Denne definisjon bygger på et salutogent perspektiv og vil

¹ Man må være oppmerksom på at det norske ordet ”opplevelse” ikke dekker helt for det engelske ordet ”sense”, som omfatter fenomener av mer kognitiv og affektiv karakter.

dermed legge føringer for det psykiske helsearbeidet. Det forebyggende helsearbeid vil ikke kun bli helsesektorens ansvar, men den enkelte vil også få et ansvar for sin egen psykiske helse.

Når det gjelder utviklingen av god psykisk helse velger jeg i tråd med Antonovsky å se psykisk helse som et kontinuum, heller enn en dikotomisk klassifikasjon mellom syk og frisk, hvor målet for alle individer er å utvikle en god psykisk helse. Spørsmålet er hvordan vi skal oppnå dette målet. Vi trenger kunnskap om hvordan vi kommer oss så nær den friske polen som mulig. Dette skal jeg ta for meg i neste kapittel.

3. Psykisk helsefremmendarbeid

Ifølge Rønningen (2005) består folkehelsearbeid av sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Disse tilnærmingene kan både betraktes som komplementære, det vil si at de utfyller hverandre, og som to atskilte virksomheter.

3.1 Forebyggende helsearbeid og risikofaktorer

Forebyggende helsearbeid er arbeid hvor man har som mål å hindre utvikling av sykdom (Rønningen 2005). Denne type arbeid legger vekt på å redusere risikofaktorer som kan bidra til sykdomsutvikling (Berg 2005).

Risikofaktorer betegnes av Nordahl et. al (2003:22) ”*som enhver faktor som kan øke sannsynligheten for negative resultater i fremtiden*”. Hvis flere risikofaktorer opptrer samtidig har barnet økt risiko for utvikling av problemer og øker muligheten for senere tilpasningsproblemer i voksen alder (Ferrer-Wreder 2005).

Psykiske vansker er et resultat av flere handlingsforløp og prosesser (Mathiesen et. al 2007). Kunnskap om hvilke forhold ved barnet selv og oppvekstmiljøet som bidrar til å gjøre barnet mer utsatt for å utvikle psykiske vansker og lidelser, gjør at man på et tidlig tidspunkt kan sette inn forebyggende tiltak overfor de familiene som er i risiko (Mathiesen et. al 2007). For psykiske vansker og lidelser er det utviklet god kunnskap om risikofaktorer.

Det er identifisert flere kjennetegn ved *barn/ungdom* som gir økt risiko for utvikling av psykiske vansker og lidelser. Temperamentstrekk som negativ emosjonalitet kan fungere som direkte risikofaktor. Et slikt trekk vil påvirke samhandlingen med andre, og kan føre til konflikt og avvisning, og derav øke sannsynligheten for utviklingen av psykiske vansker (Mathiesen et. al 2007). Ifølge Klein & Pine (2002) er det en sammenheng mellom hemmet temperament og senere *angst*, da særlig sosial angst. Når det gjelder kjønn, vil det å være jente være en risikofaktor for å utvikle angst. Kjønn vil også påvirke stabilitet, da angst i barndommen ser ut til å predikere større sjanse for senere angst hos jenter enn hos gutter. Forfatterne hevder også at angst i barndommen er en risikofaktor for *depresjon* i voksen alder. Harrington (2002) hevder at predisponerte personlighetstrekk spiller inn ved

depresjon. Følsomhet, tendens til å klandre seg selv fremfor andre, er mer vanlig hos jenter, og kan kanskje forklare noe av kjønnsforskjellene. Kliniske undersøkelser av *anoreksia* pasienter har ifølge Steinhausen (2002) vist et personlighetsmønster preget av føyelighet, perfektjonisme og avhengighet før sykdomsutbrudd.

Det finnes risikofaktorer ved *familien* som kan bidra til en negativ utvikling for barn og unge. Barn av psykisk syke foreldre har en større risiko for å utvikle psykiske vansker. Risikoen er knyttet til hva slags lidelse foreldrene har, lidelsens varighet, barnas alder og om den syke har aleneomsorg (Berg 2005). Mathiesen et. al (2007) viste at problematferd hos ettåringer henger sammen med mødrenes symptomnivå. Dette betyr at det bør satses på å forebygge og behandle symptomer på angst og depresjon hos mødre med sped- og småbarn. Dette vil igjen gi gevinst for barnas oppvekstmiljø. Mathiesen et. al (2007) fant også at både mødrenes symptomnivå og problematferd hos barna i noen grad er forbundet med mødrenes unge alder (tenåringsmødre), lavt utdanningsnivå, og liten grad av sosial støtte. Sosial støtte er den faktoren som har sterkest sammenheng med psykisk helse. Mødre som lever med mange belastninger og som har lite sosial støtte fra familie og venner, og er lite integrert i nærmiljøet, er spesielt utsatte. Studien viste at ved forbedrede barnepassordningene sank mødrenes symptomnivå. Ifølge Mathiesen et. al (2007) viser dette at man bør fokusere mer på mødre med psykiske vansker for på denne måten forebygge psykiske vansker hos barn og unge.

Ifølge Klein & Pine (2002) er overbeskyttende foreldreatferd eller streng oppdragelsesstil relatert til angst hos barn. Røyking har også blitt foreslått som risikofaktor for utviklingen av angst. Ved alvorlig atferdsforstyrrelse er de tre mest signifikante risikofaktorene familiedysfunksjon, foreldres mentale lidelse og lav inntekt (Earls & Mezzacappa 2002). For hyperkinetisk forstyrrelse har Schachar & Tannock (2002) funnet assosiasjoner til noen psykososiale faktorer, som stress for mor under graviditeten og dårlig kvalitet på den tidlige omsorgen, og til noen nevrobiologiske risikofaktorer, spesielt under fosterutviklingen der hjernen er i rask utvikling, og tidlig i livet som resultat av mors røyking, alkoholinntak eller bruk av narkotiske stoffer.

Når det gjelder oppvekstmiljø fant Mathiessen et. al (2007) at når risikoforholdene ble holdt konstante forble barnas symptomnivå på samme nivå. Barn med vanskelig temperament som kom fra de mest belastende oppvekstmiljø utviklet størst psykiske vansker. Hvis

oppvekstmiljøet gjennomgikk positive endringer, som at mødre fikk mer støtte fra partner, syntes symptomnivået å synke i barnas problematferd.

Konflikter mellom foreldrene og negative livshendelser er funnet å samvarierte med de fleste former for psykiske vansker (Mathiesen et. al 2007). Ifølge Ogden (2002) er risikofaktorer som for eksempel foreldres alvorlige samlivsproblemer eller samlivsbrudd faktorer som påvirker barn. Langvarige samlivskonflikter vil kunne medføre negative konsekvenser for barnas utvikling. Lober & Stouyhamer-Loeber (i Ogden 2002) skiller mellom fire mønstre for familiepåvirkning som har sammenheng med alvorlige atferdsproblemer hos barn:

Omsorgssvikt-mønster kjennetegnes av manglende tilsyn og lite involvering.

Konfliktmønster preges av utilstrekkelig sosial kontroll og avvising. Avvikende atferd og verdimønster forbindes med en aksepterende holdning til lovbrudd. Ved atferdsforstyrrelsesmønster oppstår omsorgssvikt og konflikter på grunn av samlivskonflikter eller samlivsbrudd.

Risikoen for utvikling av psykiske vansker og lidelser påvirkes også ved ulike *forhold utenfor familien*. Blant annet kan mangel på sosial støtte fra jevnaldrene bidra til utvikling av psykiske vansker (Thomson, Flood & Goodwin 2006). Mobbing er en risikofaktor for utvikling av psykiske vansker hos barn og unge. Ifølge Roland (2007) utsettes minst 60000 elever i grunnskolen og videregående skole regelmessig for mobbing. Mobbeofrene er i langt større grad preget av depresjon enn andre elever. Mobbeofre har også betydelig mer frykt og angst enn andre barn og unge (Roland 2007). Funn fra undersøkelsen "Ung i Norge 2002" viste at de som jevnlig opplever mobbing har betydelig større psykososiale tilpasningsproblemer enn andre (Nova-rapport 2002).

3.2 Helsefremmende arbeid

Mens det forebyggende arbeidet konsentrerer seg om å forhindre at sykdommer oppstår og utvikler seg, fokuserer det helsefremmende arbeidet på å styrke den generelle livskvaliteten, noe man antar har en positiv effekt på helsen (Berg 2005). Ifølge Mikkelsen (2005) kjennetegnes forebyggende arbeid av å være problemorientert, mens det helsefremmende arbeidet er ressurs- og mestringsorientert. Mikkelsen (2005) peker videre på at forebyggende arbeid kan betegnes som en "top-down" strategi, hvor fagfolk er viktige aktører og hvor

initiativ som regel kommer fra statlig hold. I det helsefremmende arbeidet har målgruppen en aktiv deltakelse, noe som betegnes som en "bottom-up" strategi.

Ifølge Rønningen (2005) er det viktigste prinsippet i det helsefremmende arbeidet idealet om empowerment. På norsk brukes ofte begrepet myndiggjøring, men dette begrepet er ifølge Rønningen (2005) ikke helt dekkende for det engelske begrepet. Empowerment dreier seg om å styrke den makt individet eller grupper er i besittelse av, for å påvirke og endre uhensiktsmessige forhold.

Empowerment er et prinsipp som har til felles med SOC (*sense of coherence*) at det har fokus på at folk skal bli i stand til å definere egne problemer og finne løsninger i felleskap med andre (Rønningen 2005). Både empowerment og SOC handler om selvhjelpsarbeid, det dreier seg om å styrke individers tro på seg selv og troen på å finne løsninger.

Her kan det trekkes paralleller til Nygårds (1993) teori om menneskers selvforståelse. Nygård diskuterer menneskets opplevelse av seg selv som aktør eller brikke og hevder at selvforståelsen kan være avgjørende for vår helse, hvordan vi mestrer motgang og sykdom. Nygård problematiserer forestillingen om at mennesker er et produkt av arv og miljø. En slik deterministisk holdning gjør oss til det "ytrestyrte" mennesker, hvor man ser på seg selv som offer for omstendighetene og krefter man ikke har kontroll over. Nygård ønsker en alternativ måte å oppleve verden på, en tilnærming han kaller et konstruktivistisk alternativ, "som vil bidra til et bilde av oss selv som *indrestyrte*, selvbestemmende mennesker" (1993:234).

I tillegg til prinsippet om empowerment bidrar følgende faktorer til å skille helsefremmende arbeid fra andre tilnærminger (Green, Poland & Rootman 2000):

- Oppmuntring til medvirkning fra nærmiljø og enkeltpersoner.
- Tar hensyn til kulturelle og sosiale perspektiver for å forstå og reagere på helseutfordringer og problemer.
- Legger vekt på likhet og sosial rettferdighet.
- Fremmer tverrsektorielt samarbeid.
- Inkluderer fysiske, mentale, sosiale og åndelige dimensjoner for å forstå helse.

- Fokuserer på positiv helse og ikke bare på å forebygge problemer.

Helsefremmende arbeid defineres i Ottawa-charteret (Helsedirektoratet 1987:1) som ”*den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse*”. Ottawa-charteret understreker at helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk på alle samfunnsnivåer og i alle lokalmiljøer. Dette betyr at man også retter arbeidet inn mot mindre lokalområder, som for eksempel skole (Rønningen 2005).

Det helsefremmende arbeidet bygger på en salutogen tilnærming. Dette arbeidet retter seg inn mot det å styrke helsen og motstandskraften mot negative faktorer. I dette perspektivet blir helse en ressurs som kan bygges opp eller brytes ned i løpet av livsløpet (Larsen 2005). Antonovsky (1996) har kritisert at det helsefremmende arbeidet ikke har frigjort seg fra risikotenkningen ved forebyggende arbeid, og at arbeidet ofte har et individfokus fremfor et allment. Han mener at helsefremmende arbeid mangler en teori, og anbefaler å bruke SOC som rettesnor. Dette betyr at individene som de helsefremmende programmene rettes mot forstår sin situasjon bedre, blir styrket i sin tro på å finne løsninger og at de finner mening ved å forsøke på det (Antonovsky 2000).

3.3 Sykdomsforebygging og helsefremmede arbeid som komplementære tilnærminger

Ifølge Larsen (2005) har det helsefremmende arbeidet fått flere tilhengere som konsekvens av en økt kritisk holdning til det sykdomsforebyggende arbeidet. Antonovsky (2000) peker på at en patologisk tilnærming i helsespørsmål fokuserer på sykdommens årsaker og på symptomene. En salutogen tilnærming vil i stedet fokusere på hva som gjør at man unngår stressfaktorer og dermed oppnår en god helse. I et sykdomsforebyggende arbeid er det legene og annet helsepersonell som har kompetansen og dermed styrer arbeidet, mens det helsefremmede arbeidet bygger på en aktiv medvirkning fra folk selv (Larsen 2005). Prinsippet er at individet selv skal ta ansvar og være aktiv i sin situasjon. Men dette vil ikke alltid være mulig da dømmekraften vår ikke alltid er like god. Noen ganger kan en person være så syk at personen ikke vet sitt eget beste, og det vil være nødvendig at leger og helsepersonell styrer arbeidet. Poenget blir å stimulere folk til å være aktive og ta ansvar i forhold til sin egen situasjon, så langt det lar seg gjøre. Dette betyr at man legger forholdene til rette så deltakerkompetansen kan få best mulig vilkår.

Vi trenger både sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Begge tilnærmingene er nødvendige og begge har sterke og svake sider. Tilnærmingene bør betraktes som komplementære, slik at de kan støtte hverandre i arbeidet med psykisk helse.

3.4 Resiliens og mestring

Det engelske begrepet "resilience" betyr å gjenopprette original form etter fysisk belastning (Berg 2005). Resiliens er evnen til å ha et normalt eller høyt funksjonsnivå til tross for at barnet eller ungdommen utsettes for motgang og høy grad av risikofaktorer (Ferrer-Wreder 2005). God tilpasning eller andre tegn på positiv utvikling under risikofylte forhold er, ifølge Masten & Coatsworth (1998), hovedkjennetegnet på resiliens. Gjennom resiliensforskningen har man funnet frem til en rekke identifiserbare faktorer og mekanismer som beskytter barn og unge mot å utvikle psykiske vansker. Beskyttende faktorer kan fungere som et skjold mot konsekvensene av å befinne seg i risiko. Forbedringer av kognitive og sosiale forhold kan hjelpe barnet til å dra nytte av de mulighetene som finnes på tross av en vanskelig livssituasjon (Ferrer-Wreder 2005).

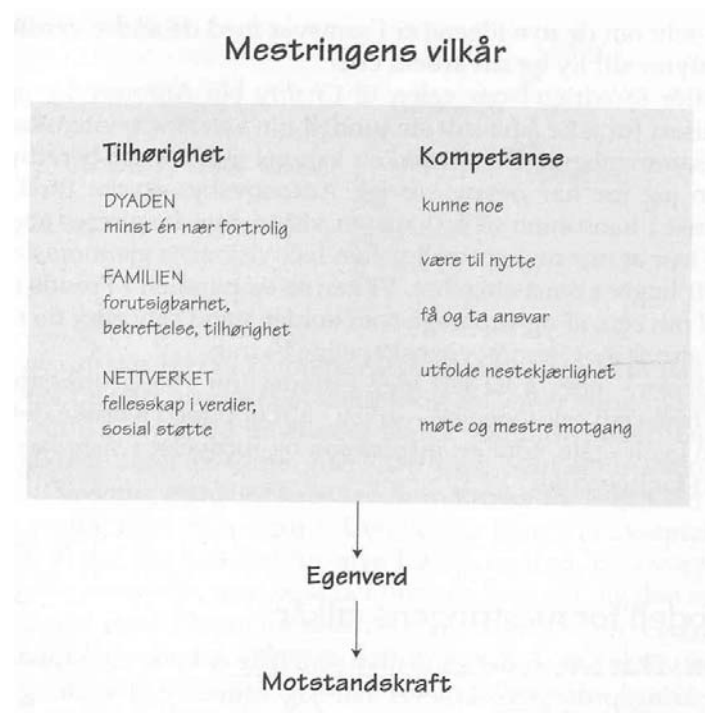
På individnivå har man identifisert flere faktorer som beskytter mot utviklingen av psykiske vansker og lidelser. Gode sosiale ferdigheter hjelper barnet til å utvikle gode relasjoner til andre. Et lett temperament virker beskyttende ved at det bidrar til et mer positivt samspill mellom barnet og omgivelsene. Opplevelse av indre sammenheng og indre styring gjør individet i stand til å ta ansvar for eget liv. Høy eller gjennomsnittlig IQ bidrar til at barnet forstår utfordringene. Mestring og kompetanse hjelper barnet med å møte og overkomme vanskelighetene. Alder spiller en rolle ved at lav alder for mange gir beskyttelse ved tilstedeværelse av trygge foreldre, men lav alder gir samtidig større sårbarhet for tapsopplevelser og atskillelse. Kjønn spiller en rolle ved at jenter er bedre beskyttet før puberteten, mens gutter er best beskyttet i ungdomsårene (Berg 2005).

På familienivå har man funnet at en god relasjon mellom foreldre og barn fungerer som en beskyttende faktor. Foreldre som er følelsesmessig tilgjengelige, viser trygghet, setter grenser, er tydelige og forutsigbare, viser interesse og deltakelse i barnets liv, tillater at barnet mottar hjelp fra andre og selv får god sosial støtte kan hindre utviklingen av psykiske vansker og lidelser (Veilederen 2007).

Beskyttelsesfaktorer på andre sosiale arenaer er også identifisert. Et sosialt nettverk preget av støtte og minst én person som har hatt positiv betydning for barnet over tid, virker beskyttende for barnets psykiske helse. Inkludering i skolen som sikrer elevenes trivsel både læringsmessig og sosialt, det vil si at et godt psykososialt miljø, virker beskyttende (Veilederen 2007, Berg 2007).

Resiliensforskningen har likhetstrekk med det salutogene perspektivet. Man søker etter ressurser i menneskelig utvikling. Denne forskningen har gitt viktig kunnskap til det psykisk helsefremmende arbeidet, blant annet om hvilke faktorer som øker barns motstandskraft og som beskytter for utviklingen av psykiske vansker.

Sommerschild har, inspirert av Antonovsky, laget en modell for det hun kaller mestringsvilkår, som bygger på hovedvariablene tilhørighet og kompetanse (1998:58):



Tilhørighetsvariabelen har tre nivåer. En viktig ressurs har vist seg å være det å ha minst én nær fortrolig. Neste nivå dreier seg om å bygge opp motstandskraft gjennom den tryggheten familien kan gi. Her er stikkord forutsigbarhet og bekreftelse. I tillegg er det styrkende for barnet at nettverket rundt har felleskap i verdier og normer. Kompetansevariabelen har fire nivåer. Barnet må kunne noe, det må oppleve å være til nytte, barnet må få og ta ansvar, det må utfolde nestekjærlighet og møte og mestre motgang. Sommerschild hevder at gjennom

disse nivåene vil barnet, selvutviklet eller fremhjulpel, utvikle egenverdsfølelse og vil da kunne møte livets utfordringer med motstandskraft.

3.5 Psykisk helsefremmende arbeid i skolen

Alle arenaer tilknyttet barn og unge har et ansvar for utviklingen av psykisk helse. Hvordan disse arenaene er tilrettelagt har store konsekvenser for barna.

Sosiologen Nils Christie satte på 70-tallet søkelyset på skolen i et samfunnsperspektiv. Christie (1971) ser på skolen som en oppbevaringsarena for barn og unge og som et internaliseringsverktøy for den oppvoksende slekt. Det er derfor ikke nok å lære elevene en mengde basiskunnskap. Det er nødvendig å lære dem hvordan de kan tilegne seg kunnskap og ferdigheter de kan ha nytte av i livet. Skolen er en arena hvor barn og unge oppholder seg store deler av sin oppvekst. Det er derfor naturlig at det på denne arena bedrives helsefremmende arbeid. En av skolens oppgaver i psykisk helsearbeid for barn og unge er *blant annet å være arena for forebyggende og helsefremmende tiltak* (Veilederen 2007:32).

Psykisk helsefremmende arbeid med prinsipper om empowerment og SOC som rettesnor vil bety at skolen må jobbe for å styrke den makt elevene er i besittelse av. I et faglig perspektiv innebærer det at læreren må finne hvor elevene har styrker, framfor å ha fokus på hvor elevene har huller i undervisningen. Gjennom et slikt fokus vil man kunne bygge opp elevenes selvtillitt.

Dette kan relateres til Paulo Freires ”frigjørende pedagogikk”. Freire vil at mennesket skal bevisstgjøres slik at det blir et ansvarlig subjekt i sin egen livssituasjon. Freire var opptatt av at folk skal utvikle en forståelse for at det er mulig å ta kontroll over eget liv og få makt til å styrke sin egen fremtid (Freire 1999). Fokuset, i likhet med både SOC og empowerment, er at folk skal utvikle sin evne til å tenke selvstendig, og hvor perspektivet om å styrke egenmakten vektlegges.

I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (Strategiplanen 2003) finner vi at mestring av eget liv er satt som første hovedmål. *Mestringsperspektivet bygger på en erkjennelse av at evnen til å utvikle og ta i bruk egne ressurser er en sentral faktor i personlig utvikling og til å bygge en god psykisk helse* (2003:11). Psykisk helsefremmende

arbeid i skolen skal bidra til at barn får styrket sine ressurser og evnen til å mestre eget liv, slik at de kan utvikle en god psykisk helse. Skolen må ta innover seg en slik ressurs- og mestringsorientert forståelse som blir vektlagt i Strategiplanen, og fokusere på de forhold som påvirker den psykiske helsen.

Kommunale hjelpetjenester, som blant annet PPT, er tillagt et ansvar. Ifølge Strategiplanen må enhver tjeneste se sitt bidrag i sammenheng med andres. Dette betyr at det er et tverrfaglig ansvar for barn og unges psykisk helse. Strategiplanen vektlegger at PPT og andre aktuelle tjenester spesielt skal rette oppmerksomheten mot grupper med særlige behov. Det vektlegges at man skal styrke barn og unges evne og kompetanse til å mestre belastningene. Planen fokuserer også på at kunnskap og beredskap i barnehage, skole og i hjelpetjenestene må økes. Det hevdes imidlertid at kunnskapsmangelen gjør det vanskelig å anbefale konkrete tiltak, og at alle tjenestesteder derfor bør ha en plan for kunnskaps- og kompetansestyrking.

I det psykisk helsefremmende arbeidet i skolen må man fokusere på hvordan hver enkelt elev skal oppleve mestring. Sommerschildts (1998) modell for mestrings vilkår med variablene kompetanse og tilhørighet kan legges til grunn for dette arbeidet. Disse to begrepene finner man igjen i Opplæringslova (1998) i retten til *tilpasset opplæring* § 1-2:(...) *Opplæringa skal tilpassast evnene og føresetnadene hjå den enkelte eleven, lærlingen og lære kandidaten (...).* Og i prinsippet om *inkluderende felleskap* § 9a-1: *Alle elevar i grunnskolar og vidaregåande skolar har rett til eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring.* §9a-3: *Skolen skal aktivt og systematisk arbeide for å fremje eit godt psykososialt miljø, der den enkelte eleven kan oppleve tryggleik og sosialt tilhør.* Som nevnt tidligere, har forskning vist at inkludering i skolen, sosialt nettverk, mestring og kompetanse er faktorer som beskytter for utvikling av psykiske vansker. Da disse prinsippene er lovbestemte, er det ikke noe en lærer kan velge å forholde seg til eller ikke.

Det å tilpasse undervisningen til den enkeltes forutsetninger slik at eleven opplever mestring er ifølge Berg (2005) avhengig av kompetanse både på system- og lærernivå. Kompetansen hos ledelsen og fagpersonalet ved en skole er avgjørende for kvaliteten på den tilpassede undervisningen. Skolen har stor frihet til selv å bestemme hvordan undervisningen skal organiseres og hvordan ressursene skal fordeles. Læreren har som regel liten innvirkning på fordeling av ressursene. For lærerens del handler det om å ha faglig- og

undervisningskompetanse og generell kunnskap om barn og unges utvikling. Læreren kan supplere sin kompetanse gjennom samarbeid med kolleger og med skolens hjelpeinstanser.

Kunnskap om hva som er normal utvikling og hvilke faktorer som styrker psykisk helse bør være basis for alle som utdanner seg innefor feltet barn og unge (Strategiplanen 2003). Dette er nødvendig for å kunne sette i gang tidlig intervensjon ved begynnende symptomer og for å jobbe for å fremme en god psykisk helse. Berg (2005) mener at den generelle kunnskapen om barn og unges utvikling er for dårlig hos lærerne. Hun peker på at i lærerutdanningen har faget pedagogikk kun 30 studiepoeng av et fireårig utdanningsløp som totalt gir 240 studiepoeng. Dette fører til at nyutdannede lærer har liten kunnskap om barn og unges utvikling og feilutvikling og hvordan man bygger opp gode relasjoner til elevene. Dette er problematisk da lærerne er de voksenpersoner som etter foresatte har mest kontakt med barna. De har mulighet til å fange opp vansker som er under utvikling og bidra til at elevene opplever mestring og tilhørighet, og dermed får et grunnlag til å bygge opp en god psykisk helse. Dette forutsetter, som Berg (2005) påpeker, at de har kompetanse til dette.

Opplæringsprogrammet ”Psykisk helse i skolen” ble startet i 2004 og er tilrettelagt for lærere og elever. Målet er økt kunnskap om og forståelse for psykiske vansker hos ungdom, i tillegg til informasjon om gode samarbeidsmodeller mellom skole og hjelpeapparatet.

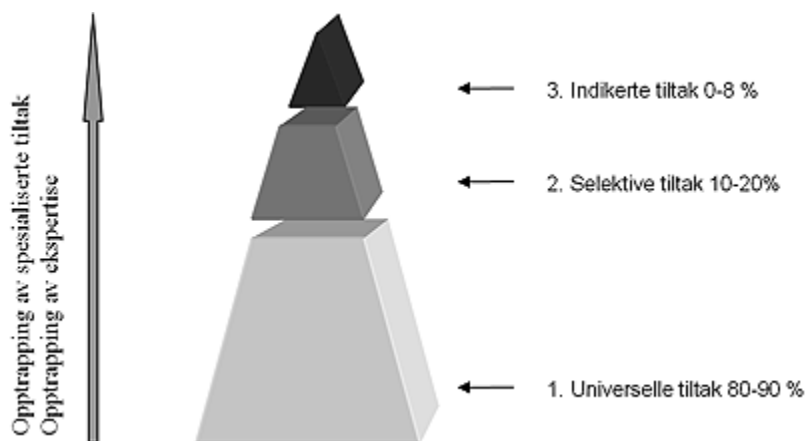
Utdanningsetaten i Oslo har satt søkelyset på kompetanseheving og samarbeid, gjennom satsningen ”Psykisk helse i Osloskolene” (Utdanningsetaten 2008). Dette er et prosjekt med fokus på tverrfaglighet i praksis. Hovedmålet er å bidra til at elever med psykiske vansker og lidelser får et bedre læringsmiljø og en bedre tilpasset opplæring. Prosjektet har identifisert følgende delmål:

- Bistå skolene med å utarbeide en plan for å ivareta elevenes psykiske helse, jfr. Opplæringsloven § 9 a.
- Lage en plan for kompetanseheving av pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) innenfor områdene psykisk helsevern, psykiske vansker og psykiske lidelser blant barn og unge.
- Utvikle gode samarbeidsrutiner mellom skolehelsetjenesten, barne- og ungdomspsykiatri (BUP), PPT, Oppfølgingstjenesten og skolene.
- Utvikle kartleggingsverktøy som kan bidra til å avgrense psykiske vansker mot psykiske lidelser samt andre sosiale vansker og lærevansker.

- Utvikle arbeidsmetoder i forhold til hjelp, støtte og oppfølging av enkeltelever med psykiske vansker og lidelser, innenfor et tverrfaglig perspektiv.

(Utdanningsetaten 2008)

Prosjektet har en varighet på tre år satt fra oppstart 1.oktober 2006. På bakgrunn av erfaringene fra et pilotprosjekt skal arbeidet implementeres videre i andre skoler og bydeler. Prosjektet jobber etter en modell som inkluderer hele elevpopulasjonen sett i et forebyggende perspektiv:



Modellen er delt inn i tre nivåer. Universelle tiltak, selektive tiltak og indikerte tiltak har glidende overganger, der målet er at innsatsen i de nederste delene av modellen skal forebygge opphopning av elever i de øverste delene.

3.6 Oppsummering

Med utgangspunkt i Antonovsky (2000) forstår jeg psykisk helse som et kontinuum med svært god psykisk helse i den ene enden og alvorlige psykiske lidelser i den andre. Målet er å komme så nær den friske polen som mulig. Dette er en tilstand med fravær av negative symptomer og en opplevelse av indre sammenheng.

Helsefremmende arbeid har som mål å gjøre folk bedre i stand til å forbedre og bevare sin helse. Et helsefremmende arbeid som følger prinsippene fra SOC (sense of coherence) fokuserer på at individene skal forstå sin situasjon, bli styrket i troen på at de finner løsninger og de skal oppleve en mening ved å forsøke på det. Helsefremmende arbeid er en

prosess som har som mål at folk blir i stand til å ta økt kontroll over og forbedre sin helse. Et viktig prinsipp i helsefremmende arbeid er prinsippet om empowerment, som i likhet med SOC, har fokus på å styrke individers tro på seg selv og troen på å finne løsninger. Gjennom psykisk helsefremmende arbeid i skolen må elevene lære å utvikle ferdigheter og holdninger som opprettholder og/eller bedrer den psykiske helsen.

Psykisk helsefremmende arbeid i skolen er sentralt for å nå målet om en god psykisk helse hos barn og unge, særlig fordi barn og unge bruker så mye av sin tid i skolen. Psykisk helsefremmende arbeid forutsetter at lærere har kompetanse om barn og unges utvikling, og om hvilke faktorer som øker motstandskraften og gjør det mulig for elevene å komme så nær den friske polen som mulig.

Da både sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid har sterke og svake sider, bør de brukes som komplementære tilnærminger i arbeidet med psykisk helse.

4. PPTs rolle i psykisk helsearbeid i skolen

Med dette kapitlet går oppgaven over til andre hoveddel av problemstillingen som skal belyse: *Hvilken rolle har PPT i det psykiske helsearbeidet i skolen?* Jeg vil først gjøre rede for hva pedagogisk-psykologisk tjeneste er og hvilke utfordringer tjenesten opplever i forbindelse med psykiske helsearbeid. Deretter vil jeg, i samme kapittel, se på noen alternative måter for organisering av PPT. De påfølgende kapitler er en kvalitativ illustrasjon av problemstillingen, der PP- rådgiveres egen opplevelse av psykisk helsearbeid i skolen står sentralt.

4.1.1 Hva er PPT?

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) er kommunens rådgivende og sakkyndige instans ved spørsmål som omhandler barn, ungdom og voksne som opplever å ha en vanskelig opplærings- eller oppvekstsituasjon.

PPT har sin hjemmel i Opplæringsloven § 5-6: *"Kvar kommune og kvar fylkeskommune skal ha ei pedagogisk-psykologisk teneste. Den pedagogisk-psykologiske tenesta i ein kommune kan organiserast i samarbeid med andre kommunar eller med fylkeskommunen. Tenesta skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å leggje opplæringa betre til rette for elevar med særlege behov. Den pedagogisk-psykologiske tenesta skal sørgje for at det blir utarbeidd sakkunnig vurdering der lova krev det. Departementet kan gi forskrifter om dei andre oppgåvene til tenesta".*

PPT er i utgangspunktet en skoletilknyttet tjeneste. Dette innebærer at tjenesten skal være tilgjengelig for barn, unge og voksne med særlige opplæringsbehov i kommunen. Disse behovene kan være knyttet opp mot faglige og/eller sosiale vansker og lignende. PPT gir råd til foreldre, skoler og barnehager ved eventuell mistriksel og tilpasset opplæring. Skoler og voksenopplæringssentre kan søke bistand til systemrettet arbeid. Henvisning til PPT kan foregå gjennom barnehage, skole eller voksenopplæringssenter. Foresatte kan også selv henvise til PPT, og elever/læringer kan på eget initiativ, ved fylte 15 år, henvise seg selv til tjenesten uten samtykke fra foresatte. Helsestasjoner, sykehus, habiliteringstjenesten og barne- og ungdomspsykiatriske klinikker og lignende kan henvise barn direkte til PPT, etter

samtykke fra foresatte. Fagpersonene i tjenesten har bakgrunn som psykologer, pedagoger, spesialpedagoger, sosionomer, logopeder og synspedagoger (Faglig enhet for PP-tjenesten 2001).

4.1.2 PPTs oppgaver i psykisk helsearbeid i skolen

PPT sin rolle i kommunens psykiske helsearbeid er å bistå skolene med helsefremmende og forebyggende arbeid (Veilederen 2007). Ifølge Veilederen (2007:35) skal tjenesten:

- Gi råd til elever, foreldre og skoler om opplæring, oppdragelse og ulike problemer i barnehage- og skolesammenheng
- Gi sakkyndige råd om elever som har behov for spesialundervisning
- Gi sakkyndige råd angående Opplæringslovens kapittel 9a som omhandler det psykososiale miljøet på skolen
- Fange opp bekymring og eventuelt kontakte andre instanser for bistand
- Delta i tverrfaglig samarbeid

Dette er oppgaver som krever arbeid både på individ- og systemnivå. Alle elever har rett til en tilpasset opplæring i en inkluderende skole. Spesialundervisning er et juridisk begrep som sikrer retten til tilpasset opplæring for elever med særlige behov, som for eksempel sliter med psykiske vansker. Retten til spesialundervisning avgjøres på grunnlag av en sakkyndigvurdering foretatt av PPT. Den enkelte elevs mulighet for utbytte av det ordinære opplæringstilbudet blir vurdert. Dette betyr at det ikke bare er elevens evner og forutsetninger som avgjør, men også en vurdering av i hvilken grad den ordinære undervisningen er tilpasset eleven (Faglig enhet for PP-tjenesten 2001).

4.2 Utfordringer for PPT i psykisk helsearbeid

Myrvold & Helgesen (2005) hevder at i mange kommuner er det psykiske helsearbeidet for barn og unge ganske løst koplet til skolene og PPT. Årsaken til dette, mener forfatterne, kan være et tradisjonelt skille mellom helsearbeid på den ene siden og pedagogikk på den andre. Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde som mål å få etablert flere og bedre kommunale

tjenester for barn og ungdom. I planen ble det vist til at det var behov for en sterkere satsning på utbygging av tilbudet til barn og unge (St. prp.nr. 63, 1997-98).

Andersson et. al (2005) har vurdert virkning av Opptrappingsplanen for psykisk helse med tanke på tilgjengelighet av tjenester. Forfatterne har kommet frem til at Opptrappingsplanen synes å ha en effekt på tjenestetilbud ved helsesøstervirksomheten. PPT derimot opplever i svært liten grad å ha blitt styrket gjennom midler fra Opptrappingsplanen. Kun 8 % av kontorene som inngår i undersøkelsen rapporterer at de er styrket.

Forfatterne viser videre at PPT opplever kapasitetsproblemer når det gjelder å gi barn og unge et adekvat hjelpetilbud. Dette gjelder for cirka 3 av 4 kontor i undersøkelsen, og både når det dreier seg om direkte arbeid med enkeltindivider og når det dreier seg om å bistå skolene med kompetanse- og organisasjonsutvikling (2005).

Ifølge Andersson et. al (2005) har 76 % av alle barn som mottar tiltak fra PPT psykiske vansker og hvert fjerde barn som mottar tiltak fra PPT har en alvorlig psykisk vanske, mens over halvparten har en tydelig psykisk vanske. Ifølge Aaronsen (i Hatløy 2005) har barn sin læreevne har sammenheng med den psykiske helsen. Hun påpeker at det må kunne forventes at det finnes kompetanse i kommunene til å gripe fatt i vanskene barn har. Hun er av den oppfatning at det må bli flere psykologer i kommunene, også i PPT.

Anthun (2004) peker på at et hinder for effektiv tjenesteyting hos PPT er ineffektiv internopplæring og gjennomtrekk av fagfolk. Kravene til selvstendig arbeid er store fra starten. Det tar tid å utvikle seg til en dyktig og erfaren rådgiver. Anthun mener at den opplevde arbeidsmengde for den enkelte PP- rådgiver overstiger det overkommelige. Han opplever at tverrfaglighet i tjenesten er en myte, fordi tiden ikke strekker til til avtalt eller ønsket samarbeid. Han mener tverrfagligheten gjerne er uformell og brukes for å søke støtte. Det er vanskelig for PPT å fordele sakene etter faglige behov. Det som lett skjer er at saker fordeles ut fra kapasitet hos den enkelte til å ta i mot nye saker.

4.2.1 Diskusjon omkring systemarbeid

Samarbeidet mellom PPT og skolene har ifølge Sletta (2001) tradisjonelt fungert slik at skolen har sendt enkelthenvvisninger til PPT hvor resultatet har vært sakkyndige utredninger og individuelle tiltaksformer. Men fokuset på enkelthenvvisninger har medført en oppfatning

om at det er eleven som er problemet. Midthassel (1999) påpeker at individfokustert arbeid er viktig, men dette arbeidet forutsetter at problemet faktisk ligger hos enkelteleven. En slik tilnærming tar ikke nok hensyn til at elevene fungerer i et samspill med miljøet, hvor miljøet muligens opprettholder, forsterker og kanskje skaper problemer for enkelte elever.

Klefbeck & Ogden (1995) vektlegger økosystemets og det sosiale nettverks betydning for barns utvikling. De mener det er behov for å anlegge et sosialøkologisk perspektiv på barns utvikling. Bruken av økologibegrepet understreker helhetsperspektivet og samhandlingsperspektivet fra en systemteoretisk vinkel. Dette betyr en oppfattelse av individet som deltaker i flere interrelaterte økosystemer som hjem, familie, skole og fritid. Barns utvikling og atferd er uløselig knyttet til miljøet.

I stedet for en ensidig fokusering på enkeltindivider, er man i pedagogikk i dag mer opptatt av at vi må se skolen og elevene i et systemperspektiv, det vil si å se den enkelte elev i samspill med medelever, lærere, læringsmiljø, lærestoff, rutiner og skolens organisering. En slik endring i fokus, fra individ- til systemperspektiv, har trolig sammenheng med økt kunnskap om både barns og læreres behov. I tillegg er det i psykologi/pedagogikk økt vektlegging av et økologisk og systemisk rammeverk for å forstå menneskelig utvikling (jf. Bronfenbrenners økologiske miljømodell, Bronfenbrenner 1980, Klefbeck & Ogden 1995). For å forstå barns utvikling må vi studere miljøaspektet i utviklingen. Barn utvikler seg ikke i tomrom; utviklingen foregår i et dynamisk vekselspill mellom individ og miljø. Derfor blir samhandlingsperspektivet viktig.

Midthassel (1999) hevder at hvis PPT skal bistå skolene med systemarbeid, forutsetter dette at PPT opparbeider seg handlingskompetanse om systemarbeid, og at skolenes forventninger om PPTs arbeid også innbefatter systemarbeid.

Forskning gir støtte til ideen om at tilnærming på systemnivå kan være en mer effektiv måte å gi pedagogisk-psykologisk rådgivning på. Allikevel ser det ut til å være en nasjonal stagnasjon i hvordan PP- rådgivere utfører arbeidet og at det er de tradisjonelle rollene som fortsatt dominerer i PPT (Idsøe et. al 2008).

Alsaker & Jacobsen (2005) hevder at en viktig forutsetning for at PPT skal kunne drive med systemarbeid, i form av organisasjonsutvikling og kompetansebygging, er at antall enkeltsaker som henvises til tjenesten reduseres betydelig. De påpeker at det er gjort grep for å få ned antallet enkeltsaker, blant annet ved at tjenesten har utviklet rutiner for

førhenvisningshjelp til skolene, og at skoledirektørens ressurstildelingsmodell legger halvparten av ekstraressursene til spesialundervisning direkte ut til skolene uten at det kreves sakkyndig vurdering fra PPT. Ifølge Alsaker & Jacobsen (2005) har ikke disse grepene gitt effekt og PPT blir ifølge Alsaker & Jacobsen fortsatt overlesset med enkeltsaker hvor behov for spesialundervisning skal vurderes.

Anthun (2004) peker på at når PPT er med i skolens interne team, er dette et indirekte arbeid med elevens og lærernes samspillvansker. Dette indirekte arbeidet, eller systemarbeidet, har til hensikt å øke effektiviteten av tjenesteressursene ved at man på denne måten når flere brukere samtidig. Men mange av PP- rådgiverne opplever dette som en ekstrabyrde som kommer i tillegg til tjenester rettet mot enkeltelever. Anthun (2004) er av den oppfatning at denne faglige intersemotsigelsen hemmer PPTs tjenesteyting og er en sterk hindring mot effektivitet.

Ifølge Idsøe (2003) innebærer forebyggende strategier på systemnivået generelt arbeid på skolen for å unngå tilsynekomst og utvikling av problemer. Dette betyr at arbeid på systemnivå er svært sentralt i det psykiske helsearbeidet i skolen. Idsøe (2003) hevder at høyere prioritering av arbeid på systemnivå vil være nødvendig i fremtiden. Idsøes undersøkelse viser at PP- rådgivere prioriterer det tradisjonelt individrettede arbeidet over arbeid på systemnivå. Dette kan ha flere årsaker. Idsøe peker på at kravene til PP- rådgivere gjør det vanskelig å få tid til systemarbeid. En annen årsak kan ifølge Idsøe være at PP- rådgivere føler seg trygge i den tradisjonelle rollen og holder derfor fast på den.

Midthassel (1999) mente at Samtak, som ble iverksatt fra år 2000, kunne bli et viktig redskap i det systemrettede arbeidet. Samtak var et treårig nasjonalt kompetanseutviklingsprogram rettet mot skoleledere og PPT, og var ment som et virkemiddel i arbeidet med kvalitetsutvikling i skolen. Samtaks målsetting var å skape en bedre skole i form av et inkluderende og stimulerende læringsmiljø. Sentralt i Samtak var utvikling av skolens handlingskompetanse, som betyr at skolen i større grad skal kunne løse problemer og tilpasse undervisningen til elevene. Dette betyr at skolen i større grad enn tidligere må søke andre løsninger enn enkelthenvvisninger, som i liten grad har ført til at skolen har tilegnet seg kompetanse i arbeid med barn med spesielle behov. I tillegg innebærer dette en mer utoverrettet arbeidsprofil i PPT, hvor kompetanse- og organisasjonsutvikling i tilknytning til den enkelte skole står sentralt (Lie et. al 2003). Samtak forutsatte at PPT og skolen vil endre sin arbeidsprofil i en mer systemrettet retning.

Idsøe et. al (2008) har en undersøkt Samtaks virkning på systemrettet arbeid i PPT. Det ble ikke funnet noen signifikant endring av gjennomsnittlig jobbatferd på systemnivå for PPT gjennom den treårige intervensjonsperioden. Problemer med å endre de ansattes jobbatferd eksisterer fortsatt. Denne stagnasjonen har vart over lang tid, og fortsetter til tross for den nasjonale intervensjonen. Resultater fra selvrappotering viste imidlertid en signifikant endring av jobbatferd for enkelte PP- rådgivere. Det viste seg at en positiv tro på og innstilling til systemarbeid hadde en viss effekt på jobbatferd.

4.2.2 Hindringer for systemarbeid

Idsøe et. al (2008) undersøkte i tillegg hva PP- rådgivere selv mente var mulige hindringer for systemarbeid. Resultatene tydet på særlig to hindringer:

1. Oppfattet mengde av individsaker. Det tradisjonelle arbeidet opptar så mye av tiden at det hindrer arbeid på systemnivå.

Arbeid på individnivå er knyttet til lovmessig rett, mens systemarbeid ikke har samme lovmessige forankring. Dette kan føre til at når det kommer individhenvisninger, opplever rådgiverne en plikt til å ta saken. Dermed blir de av den oppfatning at det er deres primære oppgave å drive med individrettet arbeid.

2. Forventninger fra skolene i betydningen av at skolene spør mest om tradisjonell hjelp, og er mindre interessert i systemarbeid.

Idsøe et. al påpeker at hvis skolene tror på og ser verdien av å forebygge problemer ved å lokalisere/avdekke risikofaktorer innen skolekonteksten, vil dette føre til høyere forventninger for systemarbeid fra PPT. Dette forutsetter at PPT opparbeider seg legitimitet for denne type arbeid.

Nervik (2007) hevder at PPT ikke har de nødvendige kunnskaper innen kompetanse- og organisasjonsutvikling som trengs for å kunne bistå skolene. Han peker videre på at fagpersonene i PPT i vesentlig grad er utdannet til å forholde seg til barn og unges særlige vansker. Systemarbeid er ifølge Nervik ikke tydeliggjort fra myndighetenes side. Dette resulterer i at systemarbeid oppfattes ulikt fra tjeneste til tjeneste. Han mener PPTs dilemma er at tjenesten i stor grad styres av henvisningene, og han hevder at det på tross av Samtak har vært en økning av individhenvisninger de siste tre årene. Systemarbeid krever at man er

kjent med skolekulturen og skolekoder. Denne kunnskapen er, ifølge Nervik, vanskelig å opparbeide når tjenesteyting skjer etter det han kaller ”drop-in” prinsippet. Kjennskap til skolen krever større grad av tilstedeværelse på skolen.

4.2.3 Diskusjon omkring PPTs organisering

Mye tyder på at mange av utfordringene for PPT har sammenheng med tjenestens organisering.

Ifølge Anthun (2004) går diskusjonen omkring organisering av PPT langt tilbake. Allerede på 1970-tallet kom man til den konklusjonen at tjenesten burde knyttes administrativt til helsetjenestene. På 1980- og 1990-tallet ønsket man en sammenslåing av PPT med barneverns- og andre sosialtjenester. Målet var å forbedre og forenkle tjenestene og hindre dobbeltarbeid. Dette var vellykket, ifølge Anthun, men utprøvingen har knapt blitt dokumentert. Ved starten av år 2000 var mindre enn 20 prosent av PPT sammenslått med andre tjenester.

Anthun (2002) har vist at skoler som har organisert sitt arbeid i spesialpedagogiske team, henviste mindre enn to tredjedeler så mange elever til PPT. Undersøkelsen viste at PPT samarbeidet mer med flere instanser der skolene hadde spesialpedagogiske team. I tillegg viste det seg at både skolen og PPT var mer fornøyd med samarbeidet i disse sakene enn andre.

Ifølge Anthun (2004) varierer PP- rådgiveres arbeidsforhold fra kontor til kontor. Han tenker da på organisering, oppgaver og deres faglige bakgrunn. Han mener at variasjonen i organisering av PPT er såpass stor at det har blitt viktig å sikre likeverdige tjenester. Oppfatninger om at tjenesten blir best ved at den utformes etter behov i distriktene, blir lett en sovepute. Tall fra Sintef tyder på at tjenestens tilstand er noe bedre i de minste kommunene sammenlignet med de store. PPT har i gjennomsnitt 9 ukers ventetid for tiltak (Andersson et. al 2005). Gjennomsnittlig ventetid er kortere i små til mellomstore kommuner: ca.7 uker, mens i store kommuner er gjennomsnittet på 12 uker. Når det gjelder samarbeid med andre instanser, ser det ut til at omfanget av samarbeid mellom PPT og helsesøster, fastlege etc. er større i de minste kommunene sammenlignet med de største kommunene. Sintef-rapporten viser at opplevd ressursknapphet begrenser samarbeidet mellom instanser.

For barn og unge med psykiske vansker er det svært lenge å vente opptil 12 uker på å få hjelp. Tall fra en brukerundersøkelse blant pårørende viser at omlag halve utvalget mener ventetiden er for lang fra henvisning til første kontakt (Sitter & Andersson 2005). Foreldre som har barn med psykiske vansker er i mindre grad tilfredse enn andre foresatte med tilgjengeligheten til tjenestene, med den informasjon de får og med samarbeidet og samordningen mellom tjenester (Sitter & Andersson 2005).

Talseth (2005) hevder at de fleste miljøer som arbeider med barns psykiske helse ønsker en endring av PPTs statlige mandat og føringer i forhold til oppgaver. Hun mener PPT bør fremstå som et lavterskeltilbud. En Sintef rapport (Andersson et. al 2005) tar også opp dette når det fastslås at etablering av flere lavterskeltilbud, både i regi av PPT og helsesøstertjenesten bør være et sentralt satsningsområde for kommunene i de nærmeste årene. Talseth (2005) foreslår at PPT sikres psykologisk kompetanse, i tillegg til den pedagogiske som er der i dag, og foreslår at PPT i større grad tildeles rollen som et lavterskeltilbud lokalt.

Anthun (2004) stiller spørsmålet om de psykososiale behovene er blitt så store at noen psykologer bør konsentrere seg om barnas trivsel og psykososiale fungering, og viser til en spesialpedagogisk tjeneste i Ohio i USA som minner om en norsk PPT med ansvar for spesialpedagogiske tiltak og samarbeidet med team i skolen. Her er psykologene i en egen skolepsykologisk tjeneste som blir tilkalt ved behov.

4.3 Hensiktsmessig organisering av PPT i forhold til psykisk helsearbeid

4.3.1 Intensive arbeidsperioder

Nervik (2007) utformet en modell for PPTs organisering som ble utprøvd på tre skoler skoleåret 2005-2006. Modellen tar for seg intensive arbeidsperioder, hvor PPT tilbyr seg å arbeide intensivt ved en skole i 3-5 uker avhengig av skolens størrelse. PPT vil være tilstede med to fagpersoner tre hele dager pr. uke. I forkant av en periode blir det lagt inn forberedelsestid, hvor ansvar og prioriteringer blir klargjort. Dette innledende arbeidet har vist seg å være svært betydningsfullt i forhold til effekten av innsatsen. Denne måten å

arbeide på viste seg svært vellykket. Den medførte at PPT på kort tid fikk gjort utredninger og tilbakemeldinger, og i tillegg gitt personalet kompetanseheving. Arbeidsmetoden ser ut til å være mer effektiv enn tradisjonelle metoder. Kontakten med skolen blir bedre og man blir bedre kjent med skolekulturen, noe som trolig vil gjøre det systemrettede arbeidet enklere.

4.3.2 PPT tilknyttet skolehelsetjenesten

Anthun (2004) hevder at mye i PPT-kulturen er foreldet. Poenget var i utgangspunktet å samle det som fantes av spesialkompetanse i egne kontor. Nå finnes det mye kompetanse både i skole og samfunn. Anthun mener en egen tjeneste ikke lenger er hensiktsmessig. Han viser til at de omfattende henvisningsrutinene, og det at tjenesten avkreves omfattende dokumentasjonsansvar er effektivitetshindrende.

I Strategiplanen (2003) vises det til at det for alle arenaer med ansvar for barn og unges utvikling, blant annet PPT, har store konsekvenser hvordan disse arenaene er tilrettelagt og hva de gis av innhold. Strategiplanen påpeker nødvendigheten av et bredt, felles tverrfaglig og tverretattlig ansvar for barn og unges psykiske helse.

Det å knytte psykologene i PPT til skolehelsetjenesten, slik at man får en integrering av PPT med skolehelsetjenesten, er et forslag til en ny måte å organisere PPT på. Denne tjenesten kan ha fokus på elevenes trivsel og psykososiale utvikling. I tillegg mener Anthun (2004) at tjenesten bør drive med familierådgivning. Det resterende PPT foreslås knyttet til kommunenes pedagogiske organisasjon. Anthun hevder en skolehelsetjeneste med psykologer bedre vil kunne oppfylle Strategiplanenes mange målsettinger for arbeid med risikofamilier, mobbing etc.

Andersson et. al (2005) konkluderer med at en etablering av flere lavterskeltilbud, både i regi av PPT og helsesøstertjenesten bør være et sentralt satsingsområde for kommunen. I tilbudet må det finnes kompetanse på å kunne møte psykososial problematikk hos barn og unge.

4.3.3 Familiesenter og andre samordningsmodeller

Strategiplanen (2003) vektlegger god samordning av tjenestene som en avgjørende forutsetning for det samlede tilbudet til barn, ungdom og familiene: *"Alle arenaer hvor barn*

og unge befinder seg har ansvar for å bidra til utvikling av god psykisk helse. Dette kan bare oppnås når den enkelte tjenestegren ser sine bidrag i sammenheng med andres”

Strategiplanen (2003:31).

Planen peker på at hjelpe- og støtteapparatet har i mange år fått kritikk for manglende samordning. Målsettingene for de ulike tjenestene er delvis overlappende, personalet har delvis overlappende kompetanse, samtidig som samarbeidet mellom dem er mangelfullt. Et av Strategiplanens tiltak er at kommunene skal utvikle organisasjonsmodeller for samordnings av tjenester i kommunene. Én modell er for dette er familiesenter.

Familiesenterbegrepet brukes ofte med ulikt innhold.

Ifølge Haugland, Rønning & Lenschow (2006) kan man skille mellom to hovedmodeller av familiesentre, som tilsvarer de to offisielle modellene. Den ene modellen har hentet inspirasjon fra Danmark, og er et senter for ulik type veiledning og konsultasjon til brukere og fagfolk. Den andre modellen bygger på erfaringer fra Sverige. Modellen beskrives som et tverrfaglig tiltak og en samarbeidsarena. Det er denne modellen som er valgt i et norsk forsøksprosjekt med familiesentre i regi av Opptrappingsplanen. De to modellene er på mange måter like. De er begge lavterskeltilbud, basert på tverrfaglighet. De har mål om tidlig intervensjon og brukermedvirkning. Den største forskjellen på de to modellene er organiseringen. I den danske modellen jobber de ansatte i tverrfaglige team. Det tverrfaglige teamet er basen og kan i prinsippet være en frittstående enhet. Den svenske modellen organiserer tiltakene i et hus hvor helsestasjon og åpen barnehage er hovedarena, og det øvrige hjelpeapparatet, dvs. forebyggende barnevern, PPT, BUP og familierådgiving, trekkes inn og danner en felles samarbeidsarena.

Talseth (2005) hevder at de statlige planene og rapportene ikke i tilstrekkelig grad tar innover seg tilstedeværelsen av strukturelle og organisatoriske hindringer for å nå målene i opptrappingsplanen. Hun mener det er nødvendig med en samordning av de økonomiske, organisatoriske og faglige ressurser. En samordning av feltet kan gi barn og unge en bedre psykisk helse. Talseth mener således at forsøkene med familiesentre er en god utvikling, men at det går for tregt og at bevilgninger derfor må økes for at kommunene skal få fortgang i dette arbeidet. Hun foreslår at det fra statlig hold kommer føringer som krever tverrfaglige løsninger for å få utløst ressurser.

Norvoll et. al (2006) har kartlagt og beskrevet kommunale samordningsmodeller og lavterskeltilbud og viser at det er store variasjoner mellom kommunene i hvor bevisst de er i dette arbeidet og hvor langt de har kommet i utviklingen. Ulikhetene mellom kommunene ser ut til å ha sammenheng med om de er preget av en helhetlig tverrfaglig tenkning, eller hvorvidt samordningsmodellen blir et avgrenset tiltak.

Norvoll et. al har identifisert følgende faktorer som har vist seg å være sentrale for å lykkes med tverrfaglig samarbeid:

- En forpliktende organisatorisk forankring for å unngå at satsningen blir personavhengig. Forankringen må etableres på grunnplanet i kommunen.
- Samlokalisering er viktig, men ikke avgjørende for å få til et godt samarbeid.
- Tydelig ledelse av samordningsarbeider og tydelig plassering av utviklingsarbeid i kommunen.
- Mulighet for endring av det økonomiske beslutningssystemet bidrar til bedre samarbeidsmulighetene.
- Felles verktøy og metoder bidrar til bedre samordning.
- Kommuner som har en egen koordinator opplever dette som essensielt for å sikre samordningen.
- Felles kultur der samarbeid oppleves som noe viktig og arbeid med aktiv kulturbygging på tvers av tjenestene.
- Opplevelsen av at arbeidet er nyttig.

Haugland, Rønning og Lenschow (2006) har fortatt en evaluering av forsøk med familiesentre i Norge i perioden 2002-2004. Evalueringen konkluderer med at familiesentermodellen var vellykket i den forstand at det har gitt et mer tilgjengelig tilbud til familier i risiko. Brukerne la vekt på at de slapp å bruke tid og krefter på å koordinere et vanskelig tilgjengelig tjenesteapparat.

Når det gjelder de ulike aktørene (Helsesøstertjenesten, PPT, Barnevernstjenesten og BUP) viste evalueringen store forskjeller, blant annet fremsto PPT som lite deltagende da

evalueringen startet. De ga uttrykk for usikkerhet om hvordan tjenesten kunne dra nytte av familiesenteret ved at dette kunne gi tidlig hjelp til barn med ulike typer lærevansker. Føringer som har kommet om et ønsket fokusskifte til systemarbeid for å gi bedre læringsforhold, ble ikke automatisk koblet opp mot forebyggingssatsningen i familiesenteret. De fleste fagfolkene viste endret teoretisk forståelse av tilgjengelighet, tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning i løpet av forsøksperioden. Dette hadde sammenheng med grad av deltakelse i prosjektet, om man hadde et "eierforhold" til familiesenteret og kunnskap om resultater av modellen. Deltagelsen viste seg å være avhengig av ledelsen og andre fagfolks forståelse av reformen for psykisk helse og i hvilken grad de mente dette angikk deres fagområde eller ikke. Opptrappingsplanen for psykisk helse og Strategiplanen (2003) var i oppstarten av prosjektet lite kjent av fagfolkene i helsetjenestene, og enda dårligere i andre tjenester med ansvar for psykososialproblematikk.

Evalueringen har vist at grunnleggende endring tar tid. Forfatterne påpeker at politiske endringer ikke automatisk adopteres av de fagfolkene som skal iverksette reformene. Konklusjonene fra studien vektlegger at implementering bør skje i nært samarbeid med alle aktuelle departement, for å hindre uklarhet og motstridene signaler som kan skape motstand.

4.4 Oppsummering

PPTs psykiske helsearbeid i skolen krever arbeid på både individ- og systemnivå. Det er viktig å sikre retten til tilpasset opplæring for elever med særlige behov. Denne retten avgjøres på grunnlag av en sakkyndig vurdering fra PPT. Samtidig må man ha fokus på eleven i samspill med sitt nærmiljø, noe som forutsetter et samhandlingsperspektiv. Det er et problem at det tydeligvis er flere hindringer som bidrar til at PPT prioriterer arbeid på individnivå over systemarbeid.

Gjennom arbeid på systemnivå kan skolen forebygge problemer og avdekke risikofaktorer i skolekonteksten. Godt organisasjons- og kompetanseutviklingsarbeid bidrar til at skolen øker sin handlingskompetanse, slik at de selv kan løse problemer og tilpasse undervisningen til elevene, noe som vil føre til færre henviste elever til PPT.

Den nasjonale satsningen Samtak (2000-2003) førte ikke til endring av jobbatferd på systemnivå, og PPT opplever at mengden individsaker og skolens forventninger om tradisjonell hjelp hindrer systemarbeidet (Idsøe et. al 2008).

For at PPT skal kunne fungere bedre i sitt arbeid med psykisk helse i skolen mener mange at en ny organisering av PPT er nødvendig. Jeg har presentert følgende alternative organiseringsformer:

1. Omorganisering av PPTs arbeidsmetode etter en modell med intensive arbeidsperioder (Nervik 2007).
2. Man kan omorganisere tjenesten der PPT blir knyttet til skolehelsetjenesten og dermed utforme tjenesten som et lavterskeltilbud.
3. Organisering gjennom en samordningsmodell, for eksempel et familiesenter, sammen med andre aktuelle samarbeidsinstanser.

5. Metodiske betraktninger

For å belyse oppgavens tematikk har jeg foretatt en kartlegging som har som formål å få et innblikk i hvordan rådgivere i PPT selv opplever deres psykiske helsearbeid i skolen. Jeg vil med dette forsøke å forankre oppgaven nærmere praksisfeltet ved å innhente informasjon fra PPT. Denne kvalitative undersøkelsen kartlegger PP- rådgiveres opplevelse av psykisk helsearbeid, systemrettet arbeid og holdninger til de organisasjonsmessige løsningene for å styrke det psykiske helsemessige arbeidet som ble presentert i kapittel 4.

5.1 Metodevalg

Med tanke på oppgavens tema og problemstilling er en kvalitativ innfallsvinkel hensiktsmessig. Jeg ønsker å få frem PP- rådgivernes egen opplevelse av det som har vært fokus for oppgavens andre del, altså *hvilken rolle PPT har i det psykiske helsearbeidet*. Med en kvalitativ tilnærming til dette temaet har jeg som mål å få mer innsikt i hvordan de ansatte i PPT forholder seg til sin arbeidssituasjon og hvordan de opplever mulighet for endring. ”*Et overordnet mål med kvalitativ forskning er å utvikle forståelsen av fenomenet knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet*” (Dalen 2004:16).

Gjennom intervju kan man skaffe fylldig og beskrivende informasjon om hvordan mennesker opplever sin livssituasjon (Dalen 2004). Intervju som forskningsmetode ville være å foretrekke i denne undersøkelsen, men som Hellevik (2002) poengterer; en forskers kostnader med å samle inn data må ikke overstige de ressurser en har tilgjengelig. En av de største begrensningene med et kvalitativt forskningsintervju er tidsaspektet, da det tar lang tid å forberede, gjennomføre selve intervjuet, transkribere og analysere datamaterialet (Kruuse 2003). På grunn av dette har jeg valgt å bruke et enkelt spørreskjema som datainnsamlingsmetode. Dette har jeg valgt primært for å spare tid. Spørreskjema er et verktøy som kan samle inn informasjon fra PP- rådgivere på en rask og effektiv måte. Spørreskjemaundersøkelser brukes som regel innen kvantitativ forskning, der man har en systematisk utspørring av et større antall personer, som for eksempel utgjør et representativt utvalg av populasjonen. Fordelen med bruk av spørreskjema er at det er relativt billig, og det gir respondentene mulighet til å kunne tenke seg om før de svarer (Kruuse 2005).

Hellevik (2002) påpeker at det er mulig å bruke elementer fra både kvalitativ og kvantitativ tilnærming samtidig i en undersøkelse. *”En intervjuundersøkelse med strukturerte spørsmål der resultatene presenteres i tabells form, kan også inneholde spørsmål med fritt formulerte svar, som brukes til å analysere nyanser de faste svaralternativene ikke gir rom for, og til å gi illustrerende eksempler i sitats form”* (2002:111). Dette har jeg gjort i min undersøkelse. Ved bruk av en del spørsmål med åpne svar ønsket jeg å få mer utfyllende informasjon enn med faste svaralternativer. Spørreskjemaet er konstruert slik at undersøkelsen skal kunne gi en kvalitativ empirisk belysning av problemstillingen.

5.2 Utvalg og utarbeiding av spørreskjema

Utvalget består av PP- rådgivere ved tre forskjellige PP- kontorer i Oslo og Akershus. Jeg har foretatt et strategisk utvalg av respondenter til undersøkelsen. Strategiske utvalg benyttes gjerne når utvalget er lite, og hvor hensikten er å sikre høyeste mulig kvalitativt innhold, framfor representativitet (Halvorsen 2003). Da svarprosenten etter første utsendelse var lav ble det gjennomført en purring. Til sammen består utvalget av seks PP- rådgivere. Nestleder ved ett PPT kontor og andre som kjenner de ansatte ved kontorene formidlet kontakten til de aktuelle respondentene. Kriteriet for utvelgelse var at PP- rådgiverne skulle være tilknyttet grunnskolen.

Spørreskjemaet består av spørsmål som har bakgrunn i teori fra kapittel 4. Skjemaet består av spørsmål med både fastlagte svarkategorier og spørsmål hvor respondentene bes om å gi utfyllende svar (spørreskjemaet i vedlegg). Hvert spørsmål er formulert ut fra antagelser om hva jeg forventet var relevant, basert på både teori og empirisk forskning. Disse antakelsene vil jeg ta med i drøftingen.

Spørreskjemaet ble testet på en medstudent som har kjennskap til og erfaring fra PPT, før spørreskjemaet ble sendt ut. Hensikten var å teste om spørsmålsformuleringen var forståelig.

Gjennom første spørsmål i skjemaet bes PP-rådgiverne fylle ut om de har jobbet i PPT mer en 6 måneder. Dette er for å kartlegge om respondenten har erfaring eller er nyutdannet, noe som antas vil kunne påvirke svarkvaliteten.

En mulig svakhet ved utvelgelsen av respondentene er at kontakten med informantene ble formidlet av noen i ledelsen eller bekjente ved kontoret. Dette kan ha ført til at respondentene ble valgt ut fra interesse for oppgavens tematikk, og at svarene blir preget av dette.

5.3 Begrensninger

Spørreskjema er vanligst å bruke i kvantitative tilnærminger. I en kvalitativ undersøkelse vil et spørreskjema ha flere svakheter, bl.a. i forhold til presisjon. I et intervju vil man kunne oppnå mer fyldige svar enn ved spørreskjema, ved at intervjueren kan be om å få svarene utdypet og stille supplerende spørsmål hvis det trengs. Man har ofte en lavere svarprosent ved spørreskjema enn ved intervju. Man har ingen mulighet til å overtale respondentene til å svare på samtlige spørsmål. Det kan man ved bruk av intervju, noe som fører til at man ikke bare får informasjon fra kun de som er mest interessert eller motivert. Krusse (2005) peker på at man ved intervju også kan få med de som ikke kan lese, mens spørreskjema kun har respondenter som er lesekyndige. Spørreskjema har også en svakhet ved at respondentene ofte tenderer mot å besvare åpne spørsmål overfladisk, og sette nøytrale kryss ved skaleringer (Kvelling & Wendelborg 2003).

Ifølge Kalleberg (1982) gjenspeiler uenigheten mellom kvantitative og kvalitative forskere at de er interessert i ulike tema. Dermed er de uenige om hvilke spørsmål man skal stille, hvilke datainnsamlingsmetoder man skal benytte og hvilke regler man har for fortolkning av datamaterialet.

5.4 Datakvalitet

I kvalitativ forskning søker man ikke etter en absolutt sannhet. Kunnskap sees på som noe som er lokalt og intersubjektivt. Mennesker skaper sin sosiale virkelighet og gir mening til egne erfaringer. Dette har betydning for datakvalitet. Sentrale begreper innen datakvalitet i kvalitativ forskning er reliabilitet og validitet (Kvelling & Wendelborg 2003). Begrepene har ikke den samme betydning i kvalitativ forskning som i kvantitativ. Det samme gjelder for kravet om generalisering.

Reliabilitet vil si i hvilken grad man kan se på resultatene som pålitelige. Faktorer som kan påvirke reliabiliteten er egenskaper ved respondentene. Innenfor kvalitative undersøkelser defineres ofte reliabilitet som sannsynlighet for at andre forskere skal få det samme resultatet ved bruk av samme prosedyre. Dette betyr at eksterne faktorer i minst mulig grad skal påvirke resultatet (Kvelling & Wendelborg 2003). I kvalitative studier er forskerens rolle en viktig faktor. Reliabilitet er vanskelig å vurdere da både individer og miljø vil endres med tid, noe som vil gjøre det vanskelig å etterprøve resultatene. Det har derfor vært viktig for meg å synliggjøre fremgangsmåten og svakhetene ved undersøkelsen. På denne måten vil beskrivelsen av metode i sin helhet kunne øke undersøkelsens reliabilitet, ved at leseren kan vurdere arbeidet som er gjort og om resultatene kan sies å være reliable. Man kan også vurdere reliabilitet ut fra om resultatene er pålitelige i forhold til annen forskning. Dette mener jeg kan gjøres ved å sammenligne mine funn med den forskning jeg har vist til i de foregående kapitler.

Validitet viser til om man måler det man tror man måler. Validitet refererer til om dataene er relevante for problemstillingen i undersøkelsen (Kvelling & Wendelborg 2003). Ifølge Kvale (1997) vil det å diskutere egne tolkninger med andre være med på å styrke validiteten. Det har vært viktig for meg å diskutere utarbeidelsen av spørreskjema, resultatene og de tolkningene jeg har gjort med andre fagpersoner, med veileder og medstudenter. Gjennom teorikapitlene i oppgaven kan leseren selv vurdere om spørsmålene (i vedlegg) er relevante i forhold til formålet, eller om dataene er relevante for oppgavens problemstilling. Validitet kan vurderes ut fra hvorvidt resultatene i en undersøkelse kan betraktes som tilstrekkelig troverdige til at andre forskere kan bygge på dem i sin egen forskning (Kvale 1997).

Generaliserbarhet går på om funnene man har gjort kan forstås som allmenngyldige, om de kan generaliseres til andre populasjoner og kontekster. I kvalitativ forskning snakker man om analytisk eller teoretisk generalisering, til forskjell fra kvantitativ forskning som er ute etter statistisk generalisering til en populasjon (Kvelling & Wendelborg 2003). Yin (1994) bruker begrepet replikasjon når det er snakk om kvalitative data, for å tydeliggjøre at det ikke dreier seg om generalisering i tradisjonell forstand. I mitt tilfelle vil det være interessant å se i hvilken grad man kan si noe generelt om PP- rådgiveres opplevelse av det psykiske helsearbeidet. Andenæs (2000) påpeker at resultatene fra kvalitative undersøkelser kan beskrives som tilstandsbilder og forståelsesmodeller som har overføringsverdi til andre områder, og som på den måten bidrar til et utvidet kunnskapsgrunnlag. Jeg vil med tanke på

undersøkelsens svakheter, hevde at overførbarheten (generaliserbarheten) er lav.

Innsamlingsmetoden har gjort at jeg ikke sitter igjen med et grundig nok bilde av PP-rådgivernes livsverden. Undersøkelsen kan derfor ikke konkludere med at resultatene kan replikeres til for eksempel andre PP- kontor. Men jeg har fått utvidet mitt kunnskapsgrunnlag og forståelse av hvordan enkelte PP- rådgivere opplever arbeidet med psykisk helse i skolen. Gjennom undersøkelsen har jeg opparbeidet meg et grunnlag for å kunne danne nye antakelser om PPTs rolle i det psykiske helsearbeidet i skolen.

De siste årene har det blitt vanlig å foreta metodetriangulering, dvs. å kombinere kvalitative og kvantitative metoder i samme prosjekt. Enhver metode har svakheter, og ved å bruke flere metoder kan svakhetene ved den ene oppveies av styrken ved den andre (Kvale 1997).

Kvalitative undersøkelser brukes ofte som forberedelse til kvantitative. Undersøkelsen jeg har foretatt kan dermed fungere som utgangspunkt for en større landsdekkende kvantitativ undersøkelse av PPT. Eller, gjennom resultatene fra spørreskjemaet kan man få ideer til å gå mer i dybden med enkelte spørsmål, for eksempel ved bruk av kvalitative intervju.

Jeg har valgt å beskrive undersøkelsen som en kvalitativ belysning av problemstillingen. På tross av svakhetene, mener jeg at undersøkelsen bidrar til å gi en dypere forståelse av praksisfeltet.

6. Datapresentasjon

Når man anvender kvalitative forskningsmetoder produserer man, ifølge Aase & Fossåskaret (2007), data. Data blir altså ikke samlet inn, data blir skapt. Med dette mener Aase & Fossåskaret at dataene ikke ligger klare og venter på å bli samlet inn. Data må, i et kvalitativt metodeperspektiv, alltid skapes gjennom en fortolkende prosess. Data kommer frem ved at materialet blir sortert i kategorier. Kategorier er sentrale analytiske redskaper i den kvalitativt orienterte forskningstradisjonen. Kategorier forstår jeg som ”rydderredskaper” som vi lager ut fra de brillene vi ser med, på bakgrunn av vårt teoretiske ståsted.

Dataene som fremstår som sentrale med tanke på det teoretiske utgangspunktet inndeles i kategorier som skal gjøre det mulig å forstå innholdet på et mer fortolkende og teoretisk nivå (Dalen 2004).

Kategoriene har utgangspunkt i spørreskjemaet. Hovedkategoriene jeg har konstruert er:

- Muligheter og begrensinger for systemrettet arbeid i skolen
- PP- rådgivernes opplevelse av eget arbeid med det psykiske helsearbeidet i skolen
- Holdninger til en alternativ organisering av PPT

Jeg vil videre i kapitlet presentere datamaterialet fra spørreundersøkelsen innenfor rammene av disse kategoriene. Hellevik (2002) påpeker at det er typisk for kvalitativ tilnærming at resultater presenteres i form av sitater. Jeg vil bruke en del sitater, spesielt de som fungerer som hensiktsmessige illustrasjoner på holdninger, erfaringer eller synspunkter.

6.1 Muligheter og begrensinger for systemrettet arbeid i skolen

Systemrettet arbeid står omtalt i opplæringsloven § 5-6 (jf. kapittel 4), der det kreves at PPT skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanse - og organisasjonsutvikling.

6.1.1 Systemrettede arbeidsoppgaver

De systemrettede arbeidsoppgaver som PPT utfører, beskrives av rådgiverne som deltagelse i ulike team (ressursteam), møter, kursvirksomhet, veiledning av skolen og lærere, samarbeidsnettverk, planlegging av generelle tiltak, arbeid med klassemiljø og mobbing, uformelle samtaler, deltagelse i prosjekt i forhold til overgang mellom barnehage - skole. Hvilke arbeidsoppgaver som går under systemrettet arbeid fremstår som uklart for rådgiverne. En rådgiver skriver: *"Det er litt vanskelig å definere hva som havner i denne kategorien"* (R1). Hva som er systemrettede oppgaver tyder på å være svakt definert. Det ser ikke ut til at disse arbeidsoppgavene har fått en tydelig praktisk operasjonalisering. Myndighetene har blitt kritisert for ikke å ha tydeliggjort hva systemrettete arbeidsoppgaver innebærer (jf. kapittel 4). Det fremstår som at man innad i PPT heller ikke har avklart hva systemrettet arbeid innebærer i praksis.

Av systemrettede arbeidsoppgaver rådgiverne ikke får gjort nok, men som de gjerne skulle ha gjort mer, kommer følgende frem: En rådgiver ønsker å gjøre mer av de oppgavene han/hun allerede gjør dvs. *"ressursteam, kursvirksomhet, ressursgrupper/samarbeidsnettverk og lignende, systemsaker som veiledning av skolen for eksempel knyttet til et helt trinn"*(R1). En annen rådgiver skulle gjerne vært med i organiseringen av spesialundervisningen. En tredje ønsker mer tid til å være sammen med elevene direkte.

"Skulle gjerne hatt tid til å drive mer kompetanseutvikling, men jeg har ikke kapasitet til å forberede for eksempel kurs" (R6).

Når det gjelder tidsbruk kommer det frem at rådgiverne bruker fra 15 til 40 prosent (gjennomsnittlig 29 prosent) av arbeidstiden på systemrettet arbeid.

Rådgiverne mener de stort sett har hensiktsmessig kompetanse til å kunne bistå skolene med systemrettet arbeid.

Det systemrettede arbeidet er lovfestet gjennom opplæringsloven, som betyr at dette er noe PP-rådgivere skal gjøre. Men det fremstår altså som noe uklart hva disse oppgavene innebærer i praksis.

6.1.2 Hindringer for systemrettet arbeid

Det som hindrer PPT i å utføre systemrettet arbeid er ifølge rådgiverne særlig tidsfaktoren. Dette påpeker flere av dem: *"Vi har til enhver tid altfor mange elever til utredning og disse må prioriteres pga. venteliste"*(R1).

Mangel på tid får konsekvenser for rådgivernes prioritering. Det som går igjen i rådgivernes svar om hva som må til for at PPT skal kunne utføre de systemrettede oppgavene, er å ha mer tid til rådighet også til kompetutbygging: *"Om tiden hadde vært der, ville jeg også gått på flere kurs/etterutdanning for å være mer kompetent til å drive systemarbeid"* (R1).

Andre hindringer for PPTs systemrettede arbeid som rådgiverne peker på, er egen atferd og at skolen ikke etterlyser denne type arbeid: *"Jeg har ikke tatt initiativ og har ikke blitt invitert med"*(R2). En rådgiver peker også på at egen adferd må endres og bli mer offensiv. Disse svar kan tyde på manglende rutiner for systemrettet arbeid.

Det blir også pekt på at stor arbeidsmengde er til hinder for PPTs systemrettede arbeid: *"Arbeidsmengde; møtevirksomhet, bruk av tid på å få samlet sammen deltakere til møter, mye (unødig) byråkrati"*(R3). *"Hindringer er tid og arbeidspress"* (R6). Det pekes på at: *"man skulle fått mindre enkeltsaker f.eks at vi skulle vært flere rådgivere slik at man kunne hatt bare en skole å forholde seg til"* (R6). *"For dags dato er det ikke slik at man "slipper" å ta enkelt saker hvis man engasjerer seg i noe. På mange måter blir man "straffet" av å drive med andre ting enn utredning. Men vi gjør det likevel for det gir oss mye, og forhåpentlig også til elevene"* (R6). Her peker rådgiverne på det argumentet at antallet enkeltsaker er høyt. Det systemrettede arbeidet oppleves for rådgiverne som en ekstrabyrde, noe som kommer i tillegg til tjenester rettet mot enkeltelever (jf. kapittel 4) Skolen sender enkelthenvisninger til PPT, hvor det forventes at resultatet skal være sakkyndige utredninger og individuelle tiltaksformer. En vurdering av skolen og eleven i et systemperspektiv tyder ikke på å være en prioritert arbeidsoppgave.

Når det gjelder kompetanse kommenterer en rådgiver at *"generelt mangler kanskje kompetanse om innovasjon"* (R6). Å være innovativ, altså å kunne videreutvikle noe bestående men i en ny retning, er kunnskap som trengs i et systemrettet arbeid.

6.2 PP-rådgivernes opplevelse av eget arbeid med det psykiske helsearbeidet i skolen

Det psykiske helsearbeidet er kommunes ansvar. PPT er kommunens rådgivende og sakkyndige instans i spørsmål som omhandler barn, ungdom og voksne som opplever å ha en vanskelig opplærings- eller oppvekstsituasjon. PP-rådgiveres oppgave i kommunens psykiske helsearbeid er å hjelpe skolene med helsefremmende og forebyggende arbeid (jf. kapittel 4).

6.2.1 Positive erfaringer i psykisk helsearbeid

På spørsmål om hvordan det psykiske helsearbeidet oppleves i PPT tyder svarene fra rådgiverne på at dette oppleves som ganske tilfredsstillende. Ifølge en rådgiver oppleves det *”positivt at det i større grad settes fokus på psykisk helse og at PPT bringes inn i disse sakene. Det tror jeg på sikt vil kunne ha en positiv effekt”* (R1). En annen rådgiver peker også på at økt fokusering på psykisk helse er positivt. En annen nevner at PPT-kontoret har opprettet en kompetansegruppe som skal ha psykisk helse som spesialområde. Rådgiveren ser dette som positivt for PPTs rolle i det psykiske helsearbeidet i skolen. En tredje nevner positiv erfaring med å ha *”fulgt opp en jente med psykiatrisk diagnose i over ett år med støttende og identitetsbyggende samtaler”* (R3).

Flere rådgivere mener at de stort sett opplever å ha tilstrekkelig kompetanse til å bistå skolene med det psykiske helsearbeidet. Det påpekes at når de får til et fruktbart samarbeid med BUP, kan de utfylle hverandre.

6.2.2 Begrensninger for det psykiske helsearbeidet

Det som oppleves som spesielt vanskelig med tanke på det psykiske helsearbeidet i PPT er ifølge rådgiverne igjen tidsaspektet: *”Dette arbeidet krever mer tid enn vi har mulighet til å bruke, derfor får vi ofte ikke gjort en tilfredsstillende jobb”* (R1). *”Andre arbeidsoppgaver spiser opp tid til psykisk helsearbeid”* (R3).

Det blir i tillegg påpekt av en rådgiver at PPT mangler en klar strategi når det gjelder forebygging, og at dette gjør psykisk helsearbeid vanskelig. Dette henger sammen med hvordan PPT prioriterer arbeidsoppgavene. Når det systemrettede arbeidet ikke blir prioritert

av PPT, blir heller ikke forebyggende arbeid vektlagt, som igjen trolig vil føre til at det psykiske helsearbeidet ikke blir godt nok utført av PPT.

Vansker med at *"Skolen gir sent beskjed. Skolen vet ikke at den kan bruke oss til samtale. Byråkrati med henvisninger osv.,"* (R3) blir påpekt av en tredje rådgiver. Dette tyder på et sviktende samarbeid mellom PPT og skole, og at rutiner for henvisning muligens er svakt utviklet.

En rådgiver etterlyser *"en avklaring rundt hvilke instanser som skal gjøre hva"* (R5), noe som kan tyde på en manglende ansvarsfordeling mellom PPT og aktuelle samarbeidspartnere.

Andre aspekter som oppleves vanskelig er *"holdning til hva psykisk helsearbeid i skolen betyr/er. Det er mye uvitenhet og man tror at psykisk helsearbeid i skolen dreier seg om terapi eller psykiatri"* (R6). Dette gir indikasjoner på hvilke holdninger rådgiverne møter i skolen. Det kan virke som om rådgiverne opplever at skolens kompetanse om psykisk helsearbeid og PPTs oppgaver, er noe utilstrekkelig. PPT bedriver ikke terapi, noe skolene bør vite, men muligens savner.

Flere av rådgiverne opplever at PPT i liten grad ivaretar sitt ansvar i det psykiske helsearbeidet i skolen: *"Jeg opplever at vi ikke kan bistå skolene i den grad de har behov for, spesielt når det gjelder oppfølging av enkeltelever"* (R2). *"Hvor godt dette ansvaret ivaretas er anhengig av den enkelte rådgivers: kompetanse, holdninger og arbeidspress"* (R6). Altså har ikke dette arbeidet en klar strategi, det er opp til den enkelte rådgiver i PPT å ivareta ansvaret de har i psykisk helsearbeid.

Flere peker på at kompetansen til de ansatte i PPT er generell: *"PPT er generalister, og mangler dybdekunnskap"*. *"Kompetansen er varierende i forhold til enkeltsaker"*. En rådgiver opplever å mangle *"fordypning på ulike områder"* (R5). *"Lærere ønsker ofte konkrete tips og råd. Opplever at PPT til tider blir/er for generelle. PP-rådgivere skal kunne litt om alt. Tid til å fordype seg hadde økt verdien av det man kan gi"* (R5).

En rådgiver etterlyser både generell kompetanseheving innen feltet psykisk helse og en fordypning i noen utvalgte områder. En annen opplever at han/hun trenger *"mer spesialisert kunnskap, gjerne på et felt f.eks psykisk helse"* (R5).

En rådgiver opplever selv i liten grad å ha tilstrekkelig kompetanse til å bistå skolene i det psykiske helsearbeidet. Rådgiveren opplever at: *"Jeg mangler klinisk erfaring for å kunne gi skoler gode råd og ideer til tiltak"* (R1)

6.3 Holdninger til en alternativ organisering av PPT

Det kan identifiseres flere aspekter ved organiseringen av PPT som rådgivere ikke er tilfredse med, med tanke på å kunne bistå skolene i arbeidet med psykisk helse. Faktorene tid, ressurser og tilgjengelighet går særlig igjen: *"Det mangler tid og ressurser til å kunne bistå tilstrekkelig i dette arbeidet"* (R1). En rådgiver peker også på at han/hun ønsker et *"bedre samarbeid med andre instanser"* (R5).

Det er altså flere faktorer ved dagens organisering som hindrer effektiv tjenesteyting for rådgiverne i det psykiske helsearbeidet. Derfor kan muligens en alternativ organisering av PPT være en løsning. I spørreskjemaet blir rådgiverne bedt om å ta stilling til tre ulike modeller.

6.3.1 Modell 1 - Intensive arbeidsperioder

I denne organiseringsmodellen tilbyr PPT å arbeide intensivt ved en skole i 3-5 uker. PPT vil være tilstede med to fagpersoner tre hele dager pr. uke (jf. kapittel 4.3).

Fordeler

Rådgiverne identifiserer følgende fordeler med modell 1: Modellen er gunstig med tanke på å kartlegge elevenes behov og elever i risikozonen. Man ville få tid til å kurse lærere/skolen i bl.a. håndtering av elever av psykiske vansker. *"Man vil oppleve at PPT er mer effektiv. PPTs tyngde og kraft blir større både fordi man er to og fordi man får mulighet til å følge tettere"* (R4). *"Kan se mer over tid, ikke bare korte besøk. Bra med en samarbeidspartner fra PPT"* (R6).

Ulemper

Rådgiverne mener at ulemper med modellen er at perioden er for kort og at det er begrenset hva man får gjort i en så kort periode. De peker på at det tar tid for alle involverte å bli kjent.

En rådgiver mener at det er *”vanskelig å forestille seg at dette kan la seg gjøre”*.

Vedkommende peker dessuten på at *”psykisk helse er en vedvarende prosess og ikke et prosjekt. Et prosjekt kan eventuelt komme i tillegg til en integrering av psykisk helsearbeid i det daglige arbeidet”* (R2).

Andre ulemper rådgiverne peker på er at man *”mister mulighet til oppfølging av saker på andre skoler for en periode”* (R4).

Modellen vurderes av enkelte rådgivere å være en bedre organisering av PPT. Men andre rådgivere tviler på at modell 1 vil føre til noen endring og at den kan innebære en dårligere organisering enn dagens organisering.

Gjennomførbarhet:

Flere rådgivere mener at modell 1 er den som har størst sjanse til å bli realisert og begrunner dette med at *”den er så avgrenset tidsmessig at vi kanskje ville klart å avse ressurser til dette”* (R1). Modellen kan ha en stor sjanse til å bli realisert fordi det er den modellen som krever minst ressurser.

Samtidig er det andre som likevel tviler på at PPT har nok ressurser til å kunne gjennomføre denne modellen. Dette kan bety at PPT har svært lite ressurser til rådighet, eller at evnen til nytenkning er noe lav.

6.3.2 Modell 2 - Samarbeid mellom psykologene i PPT og skolehelsetjenesten

I denne modellen knyttes psykologene i PPT til skolehelsetjenesten, slik at man får en integrering av PPT med skolehelsetjenesten. Denne tjenesten skal ha fokus på elevenes trivsel og psykososiale utvikling (jf. kapittel 4.3).

Fordeler

Modell 2 oppleves av flere rådgivere å gi en bedre organisering av PPT. Ved modell 2 pekes det på at dette vil være en fin måte å komme inn i skolen. *"Skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud som mange bruker, så jeg tror det kunne vært et sted å fange opp mange elever med behov"* (R1). En rådgiver legger vekt på at det ikke bare er psykologer som kan tilknyttes skolehelsetjenesten, men at også pedagogene kan brukes. Rådgiveren viser til den pedagogisk-psykologiske utdanningsbakgrunnen mange rådgivere har.

En annen nevner helsesøster: *"Helsesøstre er kjempegode samarbeidspartnere. Psykolog og helsesøster sammen kan arbeide f.eks forebyggende arbeid på ulike nivå gjennom grupper og samtaler"* (R6).

Dette tyder på at det kan være behov for å involvere personell med flere ulike fagbakgrunner i arbeidet med psykisk helse i samarbeid med PPT.

Ulemper

En hindring for denne modellen, som rådgiverne peker på, er at antallet psykologer ansatt i PPT er lavt, og at ikke alle PPT-kontor har psykologer.

"Generelt er det ikke alltid denne spesielle kompetansen om psykiske lidelser som er avgjørende for å gjøre skolen bedre i å ivareta elevers psykiske helse, men at man har kjennskap til skolen som system og de mulighetene som ligger i den pedagogiske virksomheten som skolen/klassen er" (R6).

Det hevdes at det ikke nødvendigvis er psykologiskspesial kompetanse som må til, evne til nytenkning og det å kunne se muligheter vil være vel så viktig for å kunne bidra til å øke skolens handlingskompetanse.

Gjennomførbarhet

Argumenter for å innføre modell 2 er at den gjør at det psykiske helsearbeidet kommer i tett samarbeid med og i nærhet til skolen, slik at tilbudet oppleves som tilgjengelig. Et motargument er: *"Pr. dags dato har vi for få psykologer. For å få til dette, bør det ansettes flere som kan jobbe med dette"* (R1).

Et hinder for denne modellen kan være at PPT har for få psykologer til at modellen kan gjennomføres, men noen har påpekt at også pedagoger kan brukes i dette arbeidet. Det kan se ut til at mangelen på psykologer kan oppveies av at flere personer med ulike fagbakgrunner kan brukes i det psykiske helsearbeidet.

6.3.3 Modell 3 – Familiesenter

Et familiesenter organiseres gjennom en samordningsmodell med andre aktuelle samarbeidsinstanser (jf. kapittel 4.3).

Fordeler

Samtlige rådgivere opplever at modellen vil gi en bedre organisering av PPT.

Ett positivt trekk som fremheves er at en slik ordning kan forbedre flyt med tanke på informasjon, forbedre tverrfagligheten og samarbeidet med andre instanser. Man fremhever *”samordning og helhet”* (R4). Det pekes på samarbeid som en avgjørende faktor for å lykkes: *”For å hjelpe ungdommen tror jeg det er avgjørende med et godt samarbeid mellom de ulike instansene”* (R5).

Ulemper

Ulemper med denne modellen er, ifølge rådgiverne, at den er ressurskrevende og vanskelig og organisere. Det vises til at PPT allerede er pålagt svært mange tidskrevende oppgaver: *”vi strever allerede med de pålagte tverrfaglige møtene”* (R2). En annen påpeker at systemet blir for stort og uoversiktlig. Man kan dermed miste *”nærheten til skolen”* (R1). En annen innvending er at modellen kan føre til mer byråkrati, og at mye av tiden må brukes til å skriftliggjøre problem og henvisninger.

Gjennomførbarhet

Det kan virke som om rådgiverne mener at det er denne modellen som har størst sjanse til å bli gjennomført selv om den fremstår som ressurskrevende. En begrunnelse er: *”Det er et uttrykt ønske her i PPT om større/nærmere samarbeid med BUP og Psykisk helse barn og unge (PSBU). Samarbeidet med andre instanser var, som tidligere påpekt, noe rådgiverne*

ikke var tilfreds med når det gjelder dagens organisering. Samarbeid ses på som en forutsetning for det psykiske helsearbeidet.

6.4 Oppsummering

Rådgiverne opplever stort sett å ha tilstrekkelig kompetanse i systemrettet arbeid til å kunne bistå skolene. Tiden rådgiverne bruker på såkalte systemrettede arbeidsoppgaver er lav. Rådgiverne peker spesielt på tidsfaktoren og mengde enkeltsaker som årsak at det systemrettede arbeidet ikke prioriteres. Det som går igjen i rådgivernes svar tyder på manglende rutiner for systemrettet arbeid i PPT. Hva som går inn under definisjonen ”systemrettede arbeidsoppgaver” er uklart.

I forhold til psykisk helsearbeid opplever de fleste rådgiverne å ha gode generelle kunnskaper. Et økt fokus på psykisk helse oppleves som positivt. Rådgiverne opplever også her tidsfaktoren som en hindring, som gjør at flere rådgivere opplever ikke å ivareta det ansvaret de har i forhold til psykisk helsearbeid. I dette arbeidet kan det tyde på at PPT mangler en strategi. Arbeidet hevdes å være avhengig av den enkeltes kompetanse, holdninger og opplevd arbeidsmengde.

Mangel på tid og ressurser hindrer effektiv tjenesteyting. De fleste rådgiverne er positive og ønsker en eller flere av de presenterte modellene for en alternativ organisering av PPT gjennomført. De fleste peker på modell 3 der PPT organiseres gjennom en samordningsmodell med aktuelle samarbeidsinstanser, som den mest aktuelle modellen. Rådgiverne mener modellen kan forbedre flyt av informasjon, tverrfaglighet og øke samarbeidet med andre instanser. Som ulempe oppfattes det at den er ressurskrevende, og man er redd for å miste nærheten til skolen.

7. Analyse og drøfting

7.1.1 Psykisk helsearbeid i skolen

En av PPTs arbeidsoppgaver er psykisk helsearbeid i skolen. PP-rådgivere skal ifølge Veilederen (2007) bistå skolene med helsefremmende og forebyggende arbeid. PPT har et ansvar i forhold til psykisk helsearbeid i skolen (jf. Handlingsplan for psykisk helsearbeid i Oslo kommune 2004-2008).

Det er reist kritikk (jf. Berg 2005) om at det ikke finnes tilstrekkelig kompetanse i PPT om psykiske vansker, derfor var antakelsene om funn i undersøkelsen at rådgiverne ikke ville føle at de har en tilstrekkelig kompetanse om psykiske vansker.

Undersøkelsen viser at rådgiverne opplever et større fokus på temaet psykisk helse som positivt. Rådgiverne selv mener at de har tilstrekkelig kompetanse til å bistå skolene i arbeidet med psykisk helse. Samtidig opplever noen at den kompetansen de har er for generell og det etterlyses både en generell kompetanseheving og fordypning innen feltet. Noen rådgivere opplever at de ikke kan bistå skolen i den grad skolen har behov for, og opplever det som problematisk at tiden ikke strekker til. Flere rådgivere i undersøkelsen mener at PPT i liten grad ivaretar det ansvaret de har i forbindelse med psykisk helse. Rådgiverne ønsker mer tid til psykisk helsearbeid.

7.1.2 Konklusjon

Offentlig satsning, opplæringsprogrammer og Veilederen som er utarbeidet har muligens ført til en økt bevissthet for arbeidet med psykisk helse hos noen av rådgiverne. De synes det er positivt at det nå er et større fokus på psykisk helse.

Undersøkelsen min viser at noen av rådgiverne ikke opplever å ivareta det ansvaret de har i skolen i arbeidet med psykisk helse. Dette kan indikere at rådgiverne mangler kompetanse innenfor feltet psykisk helse, slik Berg (2005) hevder. Men resultatene i min undersøkelse tyder på at noen av rådgiverne selv mener de har en tilstrekkelig kompetanse, men at det er tidspress som er årsak til at det psykiske helsearbeidet ikke blir ivaretatt på en god nok måte.

Flere av rådgiverne opplever å ha for generell kunnskap om psykisk helse. Det oppleves positivt å få til et godt samarbeid med BUP. Dette kan tyde på at et samarbeid med BUP og andre spesialister kan veie opp for manglende eller for lite spesialisert kompetanse i PPT.

At store deler av en yrkesgruppe opplever at de ikke kan ivareta et ansvar de er pålagt er problematisk. Noe som kan ha betydning for opplevd mestring i jobben. Dette kan være en faktor som har betydning for gjennomtrekk av fagfolk i PPT, noe som har vist seg å være et problem (Anthun 2004). Det at flere rådgiverne opplever å ikke ivareta ansvaret er selvfølgelig også problematisk for elevene, som ikke vil få et tilfredsstillende tilbud.

7.1.3 Forebygging – systemrettet arbeid

Forebygging av problemer krever arbeid på systemnivå, ikke bare arbeid på individnivå. Det individrettede arbeidet er viktig (Midthassel 1999), men forskning har vist at en tilnærming på systemnivå vil være en mer effektiv måte å utøve rådgivningsfunksjon på (Idsøe et. al 2008). Anthun (2004) mener PPT ser på systemrettet arbeid som en ekstrabyrde, og at man ikke ser at en slik arbeidsmetode kan nå flere elever. På bakgrunn av dette antok jeg å finne i undersøkelsen at rådgiverne bruker en lav prosentdel av arbeidstiden på systemrettet arbeid. Jeg antok også at det ikke ville gå tydelig frem i svarene hva man definerer som systemrettede arbeidsoppgaver (jf. Nervik 2007). På bakgrunn av Idsøe (2003) var det forventet å finne at en stor mengde individsaker og skolens forventninger var årsaksfaktorer til at det systemrettede arbeidet ikke blir prioritert av PP-rådgiverne.

Ifølge Nervik (2007) har ikke PPT-ansatte tilstrekkelig kompetanse i organisasjons- og kompetanseutvikling, slik at de ikke vet godt nok hvordan de skal bistå skolene med dette arbeidet. På grunnlag av tidligere forskning var antagelsen om hva som må til for at rådgiverne kan utføre de systemrettede arbeidsoppgaver som trengs: mer tid, færre enkeltsaker, og at skolens ledelse og lærere må etterspørre systemrettet bistand.

Resultatet fra undersøkelsen i oppgaven viser at rådgiverne i undersøkelsen bruker fra 15 til 40 prosent av tiden på systemrettede arbeidsoppgaver. Flere av rådgiverne mener de har tilstrekkelig kompetanse til å bistå skolene, men at de mangler tid til å gi systemrettet bistand. Andre opplever å mangle spesiell kompetanse på psykisk helse. Rådgivernes oppfatning av hva som må til for å kunne utføre de systemrettede arbeidsoppgaver som trengs var mer tid og færre saker.

7.1.4 Konklusjon

Handlingsplanen for psykisk helse vektlegger viktigheten av forebyggende arbeid. Et psykisk helsearbeid krever arbeid på systemnivå. Forebyggende strategier på systemnivå inkluderer generelt arbeid på skolen for å unngå tilsynekomst og utvikling av problemer. Det er problematisk da det viser seg at tiden brukt systemrettet arbeid er lav hos PPT. Tiden brukt på systemrettet arbeid er i samsvar med tidligere forskning som viser at tjenesten prioriterer individorienterte oppgaver (Idsøe 2003).

De fleste rådgiverne i mitt utvalg mener selv at de har hensiktsmessig kompetanse i systemrettet arbeid. Men dette kommer an på hva man legger i begrepet systemrettede arbeidsoppgaver. Systemrettede arbeidsoppgaver innebærer å bistå skolene med kompetanse- og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særskilte opplæringsbehov, veiledning av lærere, og skape bedre læringsbetingelser for elevene gjennom å analysere og forstå problemer i lys av de system eleven befinner seg innenfor. Ifølge Nervik (2007) definerer PPT systemrettet arbeid ulikt fra tjeneste til tjeneste, og han kritiserer myndighetene for ikke å ha tydeliggjort hva systemrettet arbeid er. Min undersøkelse viser, i samsvar med Nervik, at det mangler en praktisk operasjonalisering av systemrettede arbeidsoppgaver.

Rådgivernes svar preges i noen grad av inkonsistens i forhold til opplevd kompetanse. Som nevnt hevder rådgiverne at de har tilstrekkelig kompetanse for å bistå skolene med systemrettet arbeid. Men samtidig etterlyses etterutdanning for å kunne bli mer kompetente, og det kommenteres at man mangler kompetanse om innovasjon og mer spesiell kompetanse om psykisk helse. Samtidig må man være klar over at det er vanskelig å selv vurdere om man har en tilstrekkelig kompetanse.

Idsøe (2003) har påpekt at tid er en mulig årsak til at det systemrettede arbeidet ikke prioriteres, men det pekes også på at rådgiverne føler seg trygge i den tradisjonelle rollen og dermed muligens holder fast på denne. Utredningsarbeid har blitt godt innarbeidet i tjenesten og dermed er det utviklet gode rutiner for denne type arbeid. Det systemrettede arbeidet har ikke blitt innarbeidet enda, og mye tyder på at PPT mangler rutiner for dette arbeidet. I praksis ser det ut til å være opp til den enkelte rådgiver hvordan det systemrettede arbeidet skal gjennomføres og hvilke arbeidsoppgaver dette innebærer, noe som indikerer at det ikke er utviklet en god nok strategi i PPT for systemrettet arbeid.

Det er interessant at svært få av rådgiverne i undersøkelsen ikke relaterer systemrettet arbeid til forebygging. Kun én av dem etterlyser en klarere strategi med tanke på forebygging. Dette kan tyde på at det er et individualpsykologisk syn som er rådende i PPT og ikke et økologisk (jf. Klefbeck & Ogden 1995, Bromfennbrenner 1980). En økologisk tilnærming vektlegger at eleven fungerer i et samspill med miljøet. På spørsmål om hvilke systemrettede arbeidsoppgaver de kunne ønske å få gjort mer av, er det ingen som nevner forebyggingsarbeidet eksplisitt. Det er heller ingen som nevner at de ønsker å bruke mer tid til å øke skolens handlingskompetanse (jf. Samtak), noe som ville ført til færre henviste saker til PPT. Dette minner om funnene til Haugland, Rønning & Lenschow (2006) der PPT-ansatte ikke automatisk så sammenhengen mellom forebygging gjennom familiesentermodellen og senere utvikling av vansker. PPT var usikre på hvordan de kunne dra nytte av familiesenteret, noe som nettopp kan gjenspeile at man tenker ut fra et individualpsykologisk perspektiv.

Idsøe et. al (2008) har vist at hindre for systemrettede arbeidsoppgaver er at det individrettede arbeidet tar all tid og at skolene ikke etterspør systemrettede arbeidsoppgaver. Min undersøkelse viser at rådgiverne selv også opplever dette. De opplever tidsfaktoren som en hindring, og en rådgiver opplevde at skolen ikke hadde uttrykt ønske om et slikt arbeid. Dette er i tråd med funnene til Idsøe et. al (2008) om at skolene er mindre interesserte i systemrettet arbeid. Det at rådgiverne opplever at skolene ikke etterlyser systemrettet arbeid fra PPT tyder på manglende rutiner og kommunikasjon mellom PPT og skolen om hvordan samarbeidet skal gjennomføres.

Tidspress blir av rådgiverne sett på som en årsak til at det systemrettede og at det psykiske helsearbeidet ikke blir ivaretatt på en god nok måte. Tidligere forskning har vist at tjenesten bruker den største delen av sin arbeidstid på individsaker som er henvist til tjenesten. Dette får konsekvenser for den resterende elevgruppen i skolen. Når PPT prioriterer tiden på individsaker kan verken det forebyggende eller det helsefremmende arbeidet bli tilfredsstillende gjennomført av PPT. Jeg mener dette bør tilsi at en alternativ organisering av tjenesten bør vurderes, noe som vil bli diskutert i det følgende.

7.1.5 Organisering av PPT

Mange forskere stiller seg skeptiske til dagens organisering av PPT i forbindelse med det psykiske helsearbeid (jf. Anthun 2004, Talseth 2005, Andersson et. al 2005). Anthun (2004) har pekt på problemer som lite tid til samarbeid, manglende tverrfaglighet og systemrettede arbeidsoppgaver og gjennomtrekk av fagfolk som negative elementer med dagens organisering av PPT. Idsøe et. al (2008) har vist at endring av rådgivernes jobbatferd er vanskelig, og resultatene i min undersøkelse tyder på at rådgiverne selv opplever det systemrettede arbeidet som problematisk. Dette får konsekvenser for det forebyggende og helsefremmende psykiske helsearbeidet, som krever arbeid på systemnivå. En ny organisering av tjenesten kan derfor være hensiktsmessig.

Jeg har i oppgaven presentert tre modeller for en alternativ organisering av PPT med tanke på å forbedre det psykiske helsearbeidet.

Den ene modellen bygger på Nervik (2007), som foreslår en organisering der to fagpersoner fra PPT jobber tre dager i uken ved en skole i en intensiv periode på 3-5 uker.

Resultatene fra undersøkelsen viser at enkelte rådgivere betraktet denne modellen som den som har størst sjanse å bli realisert i praksis, selv om det ikke er denne modellen det ble forbundet flest fordeler med. Dette kan ha sammenheng med at modellen er den som er krever minst endringer. Flere av rådgiverne betrakter ikke denne modellen som et bedre alternativ enn dagens. Dette kan komme av at det psykiske helsearbeidet ikke sees på som spesielt styrket med en slik organisering, sammenlignet med de andre modellene.

Rådgiverne i undersøkelsen mener at perioden for intensivarbeid er for kort: Det er begrenset hva man får gjort på en så kort periode, noe som har betydning for relasjonen mellom individene da det tar tid å bli kjent.

Den andre modellen bygger på Anthun (2004), som har foreslått en organisering der psykologene i PPT er tilknyttet skolehelsetjenesten, og at denne tjenesten har fokus på psykososial problematikk hos barn og unge.

Rådgiverne i undersøkelsen peker på at denne modellen vil medføre en organisering som vil være et lavterskeltilbud, der det finnes kompetanse til å møte denne type problematikk. Man får fanget opp problemer på et tidlig tidspunkt, og det vil være et mer tilgjengelig tilbud for elever og familiene. Det sees på som svært positivt at det psykiske helsearbeidet på denne

måten har nærhet til skolen. Rådgiverne påpeker at hindringer for denne modellen er at det er få psykologer ansatte i PPT.

De fleste rådgiverne mener at denne modellen vil være en bedre organisering av PPT enn dagens. Men en av rådgiverne som ønsker modellen innført peker på at den i praksis er lite gjennomførbar da tjenesten ikke har nok psykologer. Men, som det blir påpekt av andre rådgivere, kan pedagoger trolig også brukes i dette arbeidet da mange av pedagogene i PPT har en pedagogisk-psykologisk fagbakgrunn.

Det siste alternativet for organisering er familiesenter, der organisering av PPT er samordnet med andre aktuelle samarbeidsinstanser i kommunen. Evalueringer av familiesentermodellen har funnet positive erfaringer for barn, unge og deres familier i forhold til at tjenester blir mer tilgjengelige og har en bedre samordning. Det kommer også frem at økt tverrfaglighet oppleves som en spennende arbeidsmåte både for tjenesten og den enkelte (Norvoll et. al 2006).

Resultatene fra undersøkelsen tyder på at rådgiverne opplever denne modellen som det mest positive alternativet til dagens organisering. Det er størst enighet om at denne modellen vil være en bedre organisering av tjenesten, som vil gi positiv effekt på det psykiske helsearbeidet. Rådgiverne ser at organiseringen kan forbedre flyt, øke tverrfagligheten og samarbeidet mellom instanser. Rådgiverne i min undersøkelse peker imidlertid på at modellen er ressurskrevende og vanskelig å organisere. Økt byråkrati kom også fram som en bekymring.

7.1.6 Konklusjon

Intensive arbeidsperioder (modell 1) tyder på å være mer effektivt enn tradisjonell arbeidsmetode. Gjennom et slikt intensivt arbeid bedres også kontakten mellom skole og PPT. Kjennskap til skolekultur og skolekoder vil gjøre systemrettet arbeid lettere. Ulemper jeg ser med en slik organisering er at arbeidsmetoden krever aktiv innsats fra begge parter (skole og PPT), så hvis ikke skolene øker sin handlingskompetanse gjennom den intensive perioden, eller ikke innser at de må klare seg uten hjelp fra PPT en stund etter perioden, blir denne modellen problematisk.

En skolehelsetjeneste med psykologer fra PPT (modell 2) vil kunne oppfylle Strategiplanens målsettinger i forbindelse med barn, unge og familier i risiko. Dette er områder som dagens PPT i altfor liten grad dekker. Helsetjenesten har i mange år vært godt forankret i skolens kultur, og en integrering av tjenestene ser jeg som et fornuftig tiltak i arbeidet med barn og unges psykiske helse. En integrering av PPT og skolehelsetjenesten vil kunne møte krav som er kommet fra flere hold (Talseth 2005, Andersson et. al 2005) om at det må finnes kompetanse i kommunen til å møte barn og unge med hjelpebehov og psykososial problematikk. Ulemper en slik organisering eventuelt kan ha er at hvis psykologene tas ut av PPT får man muligens en mindre tverrfaglig tjeneste.

Kommunale samarbeidsmodeller (modell 3) vil være et godt tiltak for å kunne øke brukernes tilfredshet med samordning og samarbeid mellom tjenestene. En slik organisering er i tråd med Strategiplanens helhetsspektiv. Jeg ser på en samordningsmodell (som modell 3) som et forebyggende tiltak som vil kunne fange opp problemer før de utvikler seg. Det vil være lettere å gi rett hjelp til rett tid. Modellen vil øke tverrfaglighet og samarbeid. Den gir mulighet til å organisere arbeidet også i et helsefremmende perspektiv.

Det vil være lettere for brukerne å forholde seg til et mer helhetlig tilbud, som igjen vil føre til at det blir et mer tilgjengelig tilbud. Samtidig vil man hindre dobbeltarbeid hos instanser og brukere slipper måtte gjenta ting flere ganger til de ulike instansene. Det kommer også frem at når rådgiverne får til et fruktbart samarbeid med BUP, opplever de at tjenestene kan utfylle hverandre, også derfor vil trolig en slik samordningsmodell være hensiktsmessig.

En slik endringsprosess har vist seg å ta lang tid (jf. Haugland, Rønning og Lenschow 2006), noe som kan være en ulempe med en slik organiseringsmodell. Evalueringen deres viste at det kunne oppleves vanskelig for PPT å prioritere helsefremmede og forebyggende arbeid som det kan være vanskelig å dokumentere effekt av. I tillegg er omstilling vanskelig og ressurskrevende, noe som kan være til hinder for gjennomføring av modellen.

Økt samarbeid med for eksempel BUP er noe som etterlyses av rådgiverne. Dette kan tyde på et behov for økt flerfaglighet i arbeidet med psykisk helse, noe som kan være en grunn til at modell 3 er den modellen som de fleste rådgiverne ønsker gjennomført.

Synspunktene som har kommet frem gjennom undersøkelsen viser at rådgiverne forbinder fordeler med flere av modellene, og at de ønsker dem gjennomført. Rådgiverne i PPT virker altså positive til en alternativ måte å organisere arbeidet i tjenesten på.

7.1.7 PPTs rolle i psykisk helsearbeid i skolen

Forebyggende og helsefremmende arbeid som komplementære tilnærminger er begge nødvendige i arbeidet for å utvikle en god psykisk helse. Helsefremmende arbeid konsentrerer seg om å styrke den generelle livskvaliteten. Det forebyggende arbeidet prøver å forhindre at sykdom oppstår og utvikler seg. Disse arbeidsoppgavene skal PPT hjelpe skolen med. Det at PPT i dag trolig preges av en individualpsykologisk tenkning der utredninger gjøres for å diagnostisere vansker som utgangspunkt for tiltak, er problematisk da dette er en tidskrevende og problemorientert arbeidsprofil.

Flere har påpekt at det er behov for en mer systemrettet arbeidsprofil på PPT enn det PPT har maktet å utforme. En systemrettet arbeidsprofil innebærer at det forebyggende arbeidet prioriteres. Arbeidsoppgavene må balansere mellom et individrettet og et systemrettet arbeid. Dagens utfordringer på området psykisk helsearbeid for barn og unge kan ikke møtes ved kun en av disse tilnærmingene. For å kunne make en bedre balanse mellom arbeidsoppgavene mener jeg at en alternativ organisering av PPT er hensiktsmessig.

8. Avslutning

Temaet for oppgaven er psykisk helsearbeid i skolen. Første del av oppgaven har vært en teoretisk fremstilling av hva en god psykisk helse for barn og unge er. Andre del av oppgaven har drøftet PPTs rolle i det psykiske helsearbeidet i skolen. I denne sammenheng er det blitt foretatt en kvalitativ undersøkelse for å drøfte problemstillingen nærmere praksisfeltet.

8.1 Oppsummering

8.1.1 Del 1

Jeg har i første delen av oppgaven tatt for meg problemstillingen: *Hva er god psykisk helse for barn og unge?* Her har jeg lagt et salutogent perspektiv til grunn. Jeg forstår ”god psykisk helse” som noe mer enn fravær av sykdom. Allikevel vil det være nødvendig å ha kunnskap om avvik for å kunne si noe om hva som er normalt.

Hvordan man definerer god psykisk helse vil, legge føringer for det psykiske helsearbeidet. Jeg har kommet frem til følgende definisjon: *God psykisk helse er en tilstand med fravær av negative symptomer, og opplevelse av indre sammenheng.* Definisjonen bygger på Antonovskys perspektiv om betydningen av opplevelse av sammenheng i tilværelsen (SOC). Denne definisjonen skiller seg fra andre definisjoner ved at den beskriver god psykisk helse mer konkret. Andre definisjoner av psykisk helse er ofte mer upresise og ”altomfattende”, noe som medfører diffuse føringer for praktisk yrkesutøvelse i psykisk helsearbeid.

Utvikling av god psykisk helse må forstås som et kontinuum, med svært god psykisk helse i den ene enden og alvorlige psykiske lidelser i den andre, og målet er å legge til rette for utvikling av god psykisk helse for alle.

For at barn skal kunne utvikle en så god psykisk helse som mulig, er psykisk helsearbeid i skolen svært viktig, særlig fordi barn og unge bruker mye av sin tid i skolen.

Forebyggende arbeid handler om å forhindre at sykdommer oppstår og utvikler seg. Det helsefremmende arbeidet fokuserer på å styrke den generelle livskvaliteten, noe man antar har en positiv effekt på helsen. Et helsefremmende arbeid som følger prinsippene fra SOC (sense of coherence) fokuserer på at individene skal forstå sin situasjon, bli styrket i troen på at de finner løsninger og de skal oppleve en mening ved å forsøke på det. Et viktig prinsipp i helsefremmende arbeid er prinsippet om empowerment, som i likhet med SOC, har fokus på å styrke individers tro på seg selv og troen på å finne løsninger. Jeg har kommet frem til at både en helsefremmende og en forebyggende tilnærming er nødvendig i psykisk helsearbeid. Dette er fordi begge tilnærmingene har sterke og svake sider, og sammen kan de støtte hverandre i arbeidet med psykisk helse.

En av skolens oppgaver i psykisk helsearbeid er blant annet å være arena for forebyggende og helsefremmende tiltak. I det psykisk helsefremmende arbeidet må skolen fokusere på hvordan hver enkelt elev skal oppleve mestring. Variablene kompetanse og tilhørighet kan legges til grunn for dette arbeidet. Disse to begrepene finner man igjen i Opplæringslova (1998) i retten til *tilpasset opplæring* § 1-2 og i prinsippet om *inkluderende felleskap* § 9a-1.

Psykisk helsearbeid i et salutogent perspektiv forutsetter at lærere har kompetanse om barn og unges utvikling, og om hvilke faktorer som øker motstandskraften og gjør det mulig for elevene å komme så nær den friske polen som mulig.

8.1.2 Del 2

Oppgavens andre del tar for seg problemstillingen ”*Hva er PPTs rolle i det psykiske helsearbeid i skolen?*”. PPT er kommunens rådgivende og sakkyndige instans i forhold til spørsmål som omhandler barn, ungdom og voksne som opplever å ha en vanskelig opplærings- eller oppvekstsituasjon. PPT skal bistå skolene med helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette krever arbeid på både individ- og systemnivå. Jeg har funnet at det er et problem at det tydeligvis er flere hindringer som bidrar til at PPT prioriterer arbeid på individnivå over systemarbeid.

For at PPT skal kunne fungere bedre i sitt arbeid med psykisk helse i skolen mener mange at en ny organisering av PPT er nødvendig. Jeg har presentert følgende alternative organiseringsmodeller:

Modell 1: Organisering av PPTs arbeidsmetode etter en modell med intensive arbeidsperioder.

Modell 2: Organisering av tjenesten der PPT blir knyttet til skolehelsetjenesten og dermed utforming av tjenesten som et lavterskeltilbud.

Modell 3: Organisering gjennom samordningsmodell, for eksempel som et familiesenter, med andre aktuelle samarbeidsinstanser.

For å belyse hvordan PP-rådgivere selv opplever det psykiske helsearbeidet i skolen har jeg gjennomført en kvalitativ undersøkelse blant PP-rådgivere i PPT.

Rådgiverne gir i undersøkelsen uttrykk for at de opplever å ha tilstrekkelig kompetanse i psykisk helsearbeid. De mener også at de stort sett har hensiktsmessig kompetanse til å bistå skolene med systemrettede oppgavene. Resultatene fra undersøkelsen viser imidlertid at noen av rådgiverne opplever å ikke ivareta det ansvaret de har i skolen i arbeidet med psykisk helse. Årsaker til dette mener de er tidspress.

Tidsfaktoren og arbeidsmengden kommer i undersøkelsen frem som begrunnelser til at det systemrettede arbeidet ikke blir prioritert av PP-rådgiverne. Dette er i samsvar med tidligere forskning (jf. Idsøe), som viser at PPT prioriterer individrettede oppgaver. Rådgivernes oppfatning av hva som må til for å kunne utføre de systemrettede arbeidsoppgavene som trengs, er mer tid og færre saker.

Gjennom undersøkelsen fremkommer det at PPT muligens mangler en strategi for det psykiske helsearbeidet i skolen. Det tyder og på at tjenesten har manglende rutiner for gjennomføringen av systemrettet arbeid.

Aspekter rådgiverne ikke er tilfredse med i dagens organisering av tjenesten for å kunne bistå skolene i arbeidet med psykisk helse, er tid, ressurser og tilgjengelighet. Rådgiverne forbinder fordeler med flere av modellene, og de ønsker dem gjennomført. Dette kan tyde på at rådgiverne i PPT er positive til en alternativ måte å organisere arbeidet i tjenesten på.

Undersøkelsen har flere svakheter. Spesielt vil bruk av spørreskjema som verktøy for å innsamle informasjon medføre begrensninger i forhold til presisjon. Det har ikke vært mulig for å be respondentene om mer utdypende svar eller stille supplerende spørsmål.

Gjennom teorikapitlene i oppgaven kan leseren selv vurdere om spørsmålene er relevante i forhold til formålet, eller om dataene er relevante for oppgavens problemstilling. Dette er med på å styrke undersøkelsens validitet. Det er også en styrke at resultatene fra undersøkelsen ser ut til å samsvare med tidligere forskning.

Hypotesene jeg har kommet frem til gjennom undersøkelsen er:

- PPT mangler rutiner for gjennomføring av systemrettet arbeidet.
- Systemrettet arbeid mangler en praktisk operasjonalisering. Dermed fremstår systemrettet arbeid som noe diffust både i PPT og i skolen.
- Prioritering av det individrettede arbeidet over det systemrettede får konsekvenser for PPTs psykiske helsearbeid i skolen.
- PPT mangler en klar strategi for det psykiske helsearbeidet i skolen.
- En alternativ organisering av PPT vil være nødvendig for at PPT skal kunne fungere bedre i sitt arbeid med psykisk helse.

Disse hypotesene vil bli stående til de blir styrket eller svekket gjennom nye undersøkelser.

8.2 Konklusjon

For å kunne forbedre PPTs innsats i arbeidet med psykisk helse kreves det en bedre balanse mellom individrettet og systemrettet arbeid. For at PPT skal kunne prioritere det forebyggende og helsefremmende arbeidet, bør PPT utvikle klarere rutiner og strategier for både systemrettet arbeid og psykisk helsearbeid. En alternativ organisering av PPT kan være hensiktsmessig. En ny organisering vil kunne gi forbedringer med tanke på rådgivernes innsats og kompetanse på området psykisk helse.

Videre forskning er nødvendig for å finne ut hva som vil være en hensiktsmessig organisering av PPT, slik at det psykiske helsearbeidet i skolen kan ivaretas på best mulig måte.

Kildeliste

- Aase, T. H. & E. Fossåskaret (2007). *Skapte virkeligheter: kvalitativt orientert metode*. Oslo, Universitetsforl.
- Alsaker, A. & Ø. Jacobsen (2005). Mandat, kompetanse og verdier i PP-tjenestens arbeid. *Skolepsykologi* (2): 37-49.
- Andenæs, A. (2000). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. *Kjønn og fortolkende metode: metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. H. Haavind(ed.) Oslo, Gyldendal akademisk: 287-320.
- Andersson, H. W., et. al (2005). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge - Opptappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene, SINTEF- Rapport.
- Anthun, R. (2002). Kvalitetsutvikling og ledelsesvilkår i PPT. *SOR Rapport*(3): 1216.
- Anthun, R. (2004). Noen betraktninger omkring organisering av pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste. *Skolepsykologi*(2): 15-26.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*.(11), 1.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København, Hans Reitzel Forlag.
- Barn i Bergen undersøkelsen (2008). Funn fra Barn i Bergen. Lastet ned: 11.01. 2008 fra: http://www.unifobhelse.no/admin2/Prosjektsidefiler/11/Funn_fra_BarniBergen_trykkeriversjon.pdf.
- Berg, N. B. J. (2005). *Elev og menneske: psykisk helse i skolen*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Braarud, H. C. (2007). Prosjekt kartlegging av kompetanse i 1. linje. Forebygging, tidlig intervensjon og iverksetting av tiltak for barn i alderen 3-6 år. Psykisk helsevern for barn og unge, Seksjon poliklinikk, Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen HF.

- Bronfenbrenner, U. (1980). *Opvækst og miljø*. København, Gyldendal.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior Problems in Preschool Children: A Review of Recent Research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 3(1): 113-149.
- Christie, N. (1971). *Hvis skolen ikke fantes*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Costello, E. J., et. al (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolence. *Archives of General Psychiartry* 60(8): 837-844.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Earls, F. & E. Mezzacappa (2002). Conduct and Oppositional Disorders. i Rutter & Taylor (ed.). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, Blackwell.
- Faglig enhet for PP-tjenesten (2001). *Håndbok for PP-tjenesten*. Oslo, Læringscenteret.
- Ferrer-Wreder, L. (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga: en forskningsöversikt*. Stockholm, Gothia.
- Folkehelseinstituttet (2006). Kunnskapsoppsummering om barns helse og miljø. E. Dybing & C. S. (ed.), Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Freire, P. (1999). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Green, L. W., B. D. Poland & I. Rootman (2000). *Settings for health promotion: linking theory and practice*. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.
- Halvorsen, K. (2003). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo, Cappelen akademisk forlag.
- Harrington, R. (2002). Affective Disorders. i Rutter & Taylor. *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, Blackwell.
- Hatløy, I. (2005). "PP-tjenesten i press mellom forventninger og realiteter". *Skolepsykologi* (7).

-
- Haugland, R., J. A. Rønning & K. Lenschov (2006). Evaluering av forsøk med familiesentre i Norge 2002-2004, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, nord. Institutt for klinisk medisin. Det medisinske fakultet.
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (1987). *Ottawa charteret om helsefremmende arbeid*. Oslo, Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004). Handlingsplan for psykisk helsearbeid i Oslo kommune 2004-2008.
- Hove Thomsen, P. & A. M. Skovgaard (2007). *Børne- og ungdomspsykiatri: en lærebog om børn og unges psykiske sygdomme*. København, FADL.
- ICD-10 (1999). *ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Statens helsetilsyn, World Health Organization. Oslo, Universitetsforlaget.
- Idsøe, T. (2003). Work behavior in the School Psychology Service. Conceptual framework and construct validity approached by two different methodologies. *Journal of School Psychology* 41: 313-335.
- Idsøe, T., et al. (2008). Antecedents and outcomes of intervention program participation and task priority change among school psychology counselors: A latent variable growth framework. *Journal of School Psychology* 46: 23-52.
- Kalleberg, R. (1982). Kvalitative metoder i samfunnsforskning. i H. Holter & R. Kalleberg (ed.). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Klefbeck, J. & T. Ogden (1995). *Nettverk og økologi: problemløsende arbeid med barn og unge*. Oslo, TANO.
- Klein, R. G. & D. S. Pine (2002). Anxiety Disorder. i Rutter & Taylor (ed.). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, Blackwell.

- Kruuse, E. (2003). *Kvalitative forskningsmetoder: i psykologi og beslægtede fag*. København, Dansk Psykologisk Forlag.
- Kruuse, E. (2005). *Kvantitative forskningsmetoder i psykologi og tilgrænsende fag*. København, Dansk psykologisk Forlag.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Kvello, Ø. & C. Wendelborg (2003). *Det kommunale hjelpeapparatet for barn og unge: kommunestørrelse relatert til organisering av, samarbeid mellom og effektiviteten i hjelpeapparatet*. Steinkjer, Nord-Trøndelagsforskning.
- Larsen, M. (2005). *Skolen som arena for helsefremmende og forebyggende arbeid relatert til psykisk helse hos ungdom*. Lillestrøm, Høgskolen i Akershus.
- Lie, T., et. al (2003). Evaluering av Samtak 2000 – 2002. Sammendrag, Rogalandsforskning. Læringssenteret.
- Masten, A. S. & J. D. Coatsworth (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist* 53(2): 205-220.
- Mathiesen, K. S., et al. (2007). Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid. Oslo, Folkehelseinstituttet.
- Midthassel, U. V. (1999). Systemrettet arbeid og PP- tjenestens rolle i dette arbeidet. *Skolepsykologi*(4): 17-21.
- Mikkelsen, S. (2005). *Hva er forebygging?* Lastet ned 15.02.2008, fra:
http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPkey_9573/hParent_595/hDKey_1
- Moffit, T. E. (1993). Life-course-persistent" and "adolescence-limited" antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological review*(100): 674-701.
- Myrvold, T. M. & M. Helgesen (2005). Psykisk helsearbeid. En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner, NIBIR-rapport.

-
- Nervik, S. (2007). "En alternativ måte for PPT å organisere sitt arbeid på. Intensive arbeidsperioder." Lastet ned 15.02.2008, fra:
http://www.utdanningsforbundet.no/upload/Pdf-filer/Diverse/Nervik_Steinar_En_alternativ.pdf
- Nordahl, T., et. al (2003). *Alvorlige atferdsvansker. Effektiv forebygging og mestring i skolen. Veileder for skolen*, Læringssenteret.
- Norsk psykologforening. (2007). Høringsuttalelse vedrørende regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse. Lastet ned 15.01.2008, fra:
<http://www.psykol.no/default.aspx?did=9127338&aid=9035446>
- Norvoll, R., et. al (2006). Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer, SINTEF-Rapport.
- NOVA-rapport (2002). Ung i Norge.
- Nygård, R. (1993). *Aktør eller brikke?: om menneskers selvforståelse*. Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- Ogden, T. (2002). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen: kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Opplæringslova (1998). Oslo, PEDLEX norsk skoleinformasjon.
- Oxford English Dictionary (2006). Oxford University Press.
- Psykisk helse i skolen (2008). Lastet ned 11.01.2008, fra:
<http://www.psykiskhelseiskolen.no/>
- Regjeringen (2007). Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse. Arbeid- og inkluderingsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Richman, N., et. al (1982). *Pre-school to school: a behavioural study*. London, Academic Press.
- Roland, E. (2007). *Mobbingens psykologi*. Oslo, Universitetsforlaget.

- Rønningen, G. E. (2005). Helsefremmende og forebyggende arbeid. Lastet ned 15.01.2008, fra:
http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPkey_9571/hParent_593/hDKey_1
- Schachar, R. & R. Tannock (2002). Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. i Rutter & Taylor (ed). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, Blackwell.
- Sitter, M. & H. W. Andersson (2005). Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker, SINTEF Helse-rapport.
- Sletta, A.-L. (2001). Kompetanse- og organisasjonsutvikling i skolen: en studie av hvordan sentrale aktører i skolen forstår begrepene kompetanse- og organisasjonsutvikling med bakgrunn i kompetanseutviklingsprogrammet Samtak. Oslo.
- Sommerschild, H. (1998). Mestring som styrende begrep. i Grøholt, Sommerschild & Gjørsum(ed.) *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo, Tano Aschehoug.
- Steinhausen, H.-C. (2002). Anorexia and Bulimia Nervosa. i Rutter & Taylor (ed.) *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, Blackwell.
- St.prp. nr. 63 (1997-1998) Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endring i statsbudsjettet for 1998. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Strategiplanen (2003). ...sammen om psykisk helse...: regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Oslo, Helsedepartementet.
- Talseth, R. (2005). Barns psykiske helse - mellom ambisjon og realiteter. *Skolepsykologi* (4): 3-15.
- Thompson, R. A., M. F. Flood, & R. Goodvin (2006). Social Support and Developmental Psychopathology. i Cicchetti & D. J. Cohen (ed.) *Risk, Disorder, and Adaptation. Developmental psychopathology*. New Jersey, John Wiley & Sons. 3: (1-37).

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker-: om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen, Fagbokforlaget.

Utdanningsetaten (2008). Lastet ned 15.02.2008, fra:

<http://www.utdanningsetaten.oslo.kommune.no/psyiskhelse/>.

Veilederen (2007). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet

Wangenstein, B. (2005). *Bokmålsordboka: definisjons- og rettskrivningsordbok*. Oslo, Kunnskapsforlaget.

Yin, R. K. (1994). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, Calif., Sage.

Vedlegg

Hei!

Jeg er mastergradstudent i pedagogikk, studieretning pedagogisk-psykologisk rådgivning. Dette spørreskjemaet inngår som en del av min masteroppgave med problemstilling: ”Hva er god psykisk helse for barn og unge og hvilken rolle har PPT i det psykiske helsearbeidet i skolen?”. Undersøkelsen ønsker å se nærmere på PP- rådgiveres opplevelse av psykisk helsearbeid i skolen.

Spørreskjemaet har spørsmål med svarkategorier og spørsmål hvor det ønskes utfyllende svar. Begge svaralternativene er svært viktige for videre analyse, så jeg håper du tar deg tid til å gi meg utfyllende synspunkter.

Medarbeidere opplever situasjoner forskjellig, jeg ber derfor om at det ikke samarbeides om utfyllingen.

Spørreskjemaet er utarbeidet etter veiledning fra professor Stein Erik Ulvund.

Deltagelse i undersøkelsen vil være anonym. Alle opplysninger skal anonymiseres.

Returner ferdigutfylt skjema i vedlagt konvolutt.

Ved evt. spørsmål, kontakt meg på tlf. 959 99 769

Med vennlig hilsen

Ragnhild Spjelkavik

Spørreskjema til pedagogisk- psykologisk rådgiver

Spørsmål 1

- Har du jobbet i PPT mer enn 6 måneder?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Spørsmål 2

- I din tjeneste har dere flere arbeidsoppgaver. En av disse er psykisk helsearbeid i skolen. Hvordan opplever du dette arbeidet i din tjeneste?

- ☐ Tilfredsstillende
- ☐ Ganske tilfredsstillende
- ☐ Ikke tilfredsstillende

- Hva opplever du eventuelt som spesielt bra? Beskriv.....

- Hva opplever du eventuelt som spesielt vanskelig? Beskriv.....

Spørsmål 3

- PPT har et ansvar i forhold til psykisk helsearbeid i skolen. Opplever du at din tjenesteinstans ivaretar dette ansvaret?

- ☐ Ja
- ☐ Stort sett
- ☐ I liten grad
- ☐ Nei

- Hvilke aspekter er det som eventuelt ikke blir ivaretatt? Beskriv.....

Spørsmål 4

- Hvor stor del av arbeidstiden din bruker du til det som ofte refereres til som "systemarbeid"? Angi i prosent: Ca.%
 - o Hva slags oppgaver er dette konkret? Beskriv:

- Er det andre systemrettede arbeidsoppgaver du kan tenke deg å gjøre, men som du ikke får gjort? Beskriv.....

- Hva hindrer deg eventuelt i å utføre andre systemrettede arbeidsoppgaver? Beskriv:

- Hva må til for at du kan utføre de systemrettede arbeidsoppgavene som trengs? Beskriv:.....

- Mener du at PPT har hensiktsmessig kompetanse til å bistå skolene i systemrettet arbeid?
 - ☐ Ja
 - ☐ Stort sett
 - ☐ I liten grad

☐ Nei

- Hva mangler eventuelt? Beskriv:

Spørsmål 5

- Mener du at du selv har tilstrekkelig kompetanse til å bistå skolene i det psykiske helsearbeidet?

☐ Ja

☐ Stort sett

☐ I liten grad

☐ Nei

- Hva slags kompetanse mener du eventuelt at du mangler? Beskriv:

Spørsmål 6

- Er du tilfreds med dagens organisering av din tjeneste for å kunne bistå skolene med det psykiske helsearbeidet?

☐ Ja

☐ Stort sett

☐ I liten grad

☐ Nei

- Hva er du eventuelt ikke tilfreds med? Beskriv:....

Det kan tenkes forskjellige måter å organisere psykisk helsearbeid på. Jeg ber deg ta stilling til tre ulike modeller.

Modell 1

Tenk deg en organisering der to fagpersoner fra PPT jobber tre dager i uken ved en skole i en intensiv periode på 3-5 uker.

– Vil dette være en organisering som kan forbedre det psykiske helsearbeidet?

- ☐ Ja, mye bedre
- ☐ Ja, litt bedre
- ☐ Nei, ingen endring
- ☐ Nei, en dårligere organisering

- Hva slags forbedringer vil en slik organisering eventuelt gi? Beskriv:

- Hva slags ulemper vil en slik organisering eventuelt gi? Beskriv:

Modell 2

Tenk deg en organisering der psykologene i PPT er tilknyttet skolehelsetjenesten, og at denne tjenesten har fokus på psykososial problematikk hos barn og unge.

– Vil dette være en organisering som kan forbedre det psykiske helsearbeidet?

- ☐ Ja, mye bedre
- ☐ Ja, litt bedre
- ☐ Nei, ingen endring
- ☐ Nei, en dårligere organisering

- Hva slags forbedringer vil en slik organisering eventuelt gi? Beskriv:

- Hva slags ulemper vil en slik organisering eventuelt gi? Beskriv:

Modell 3

Tenk deg en organisering av PPT som er samordnet med andre aktuelle samarbeidsinstanser i kommunen.

- Vil dette være en organisering som kan forbedre det psykiske helsearbeidet?

- ☐ Ja, mye bedre
- ☐ Ja, litt bedre
- ☐ Nei, ingen endring
- ☐ Nei, en dårligere organisering

- Hva slags forbedringer vil en slik organisering eventuelt gi? Beskriv:

- Hva slags ulemper vil en slik organisering eventuelt gi? Beskriv:

- Mener du at noen av disse tre modellene bør gjennomføres hos dere?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nei
 - ☐ Vet ikke

- Hvis ja, hvilken modell bør gjennomføres hos dere?
 - ☐ Modell 1
 - ☐ Modell 2
 - ☐ Modell 3

- Hvorfor bør akkurat denne modellen gjennomføres hos dere? Beskriv.....

- Er denne modellen gjennomførbar hos dere?
 - ☐ Ja
 - ☐ Antakelig
 - ☐ I liten grad
 - ☐ Nei

- Hvorfor er den eventuelt lite gjennomførbar? Beskriv....

- Hvilken av de tre modellene mener du eventuelt har størst sjanse til å bli gjennomført hos dere?
 - ☐ Modell 1
 - ☐ Modell 2
 - ☐ Modell 3
- Hvorfor har akkurat denne modellen størst sjanse til å bli gjennomført hos dere? Beskriv.....

Takk for hjelpen!